



ZARZĄDZENIE Nr 59/2023
Rektora Politechniki Morskiej w Szczecinie
z dnia 13.09.2023 r.

w sprawie: **zmiany zarządzenia nr 3/2023 Rektora Politechniki Morskiej w Szczecinie z dnia 20.01.2023 r. w sprawie wysokości stypendium doktoranckiego dla doktorantów Szkoły Doktorskiej i warunków jego wypłaty.**

Na podstawie art. 23 ust. 1, ust. 2 pkt 2 oraz art. 209 ust. 1a ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2023 r. poz. 742, z późn. zm.) w związku z art. 13 pkt 15 ustawy z dnia 22 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy – Karta Nauczyciela oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023, poz. 1672), zarządza się, co następuje:

§ 1.

W zarządzeniu nr 3/2023 Rektora Politechniki Morskiej w Szczecinie z dnia 20.01.2023 r. w sprawie wysokości stypendium doktoranckiego dla doktorantów Szkoły Doktorskiej i warunków jego wypłaty prowadzi się następujące zmiany:

- 1) w § 2 ust 2 skreśla się lit.b,
- 2) załącznik nr 1 - „*Oświadczenie Doktoranta Szkoły Doktorskiej Politechniki Morskiej w Szczecinie*” - otrzymuje brzmienie jak w załączniku do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Nadzór i kontrolę nad realizacją zarządzenia obejmują kierownicy pionów zgodnie z zakresami kompetencji.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od 01.10.2023 r.

REKTOR

/podpis/

dr hab. inż. kpt. ż. w. Wojciech Ślaczka prof. PM

	Szczecin dn.....
nazwisko i imię	
PESEL/nr paszportu	
Dyscyplina	

OŚWIADCZENIE DOKTORANTA SZKOŁY DOKTORSKIEJ POLITECHNIKI MORSKIEJ W SZCZECINIE

Lp.	Treść	TAK	NIE
1.	Jestem zatrudniony w Politechnice Morskiej w Szczecinie na podstawie umowy o pracę, a obowiązek tego zatrudnienia jest związany z kształceniem w Szkole Doktorskiej Politechniki Morskiej w Szczecinie.		
2.	<i>(w przypadku pozytywnej odpowiedzi na pytanie powyżej - lp. 1) Jestem zatrudniony w sposób określony powyżej z wynagrodzeniem, którego wysokość przekracza wysokość wynagrodzenia profesora określonego w ustawie Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. (w pozostałych przypadkach wpisać ND – tj. nie dotyczy)</i>		
3.	Oświadczam, że posiadam prawo do emerytury.		
4.	Oświadczam, że posiadam prawo do renty.		
5.	Oświadczam, że posiadam ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (orzeczenie, o którym mowa w art. 5 oraz art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)		
6.	Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym (dotyczy osób posiadających prawo do renty bądź emerytury)		
7.	Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym		
8.	Oświadczam, że posiadam inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, tj.:		
9.1.	podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka)		
9.2.	pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, prowadzę działalności gospodarczą objętą ubezpieczeniem społecznym		
9.3.	jestem zatrudniony na umowę zlecenie		
9.4.	pobieram świadczenia emerytalno-rentowe z ubezpieczenia społecznego		
9.5.	pobieram stypendium sportowe		
9.6.	pobieram rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej		
9.7.	jestem uprawniony do pobierania świadczenia alimentacyjnego		
9.8.	jestem osobą bezrobotną		
9.9.	jestem rolnikiem lub pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników		
9.10.	podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych		
9.	Wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym mojego dziecka/małżonka/wstępnych* pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym:		

10.1.	Nazwisko i imię..... stopień pokrewieństwa..... PESEL..... stopień niepełnosprawności.....		
10.2.	Nazwisko i imię..... stopień pokrewieństwa..... PESEL..... stopień niepełnosprawności.....		
10.	Oświadczam, że skutki prawne i finansowe błędnie wypełnionego oświadczenia lub niepoinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia w terminie 3 dni od daty powstania tych zmian obciążają mnie jako doktoranta		
11.	Oświadczam, że zgłaszani przeze mnie członkowie mojej rodziny, pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (jednego z wymienionych w pkt 9) ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny		
12.	Oświadczam, że w przypadku zaistnienia którejkolwiek okoliczności wymienionej w pkt 9, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię Politechnikę Morską w Szczecinie o tym fakcie w terminie do 2 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.		
13.	Oświadczam, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Politechnikę Morską w Szczecinie o tym fakcie w terminie do 2 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego tę zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.		
14.	Wnoszę o przekazywanie stypendium doktoranckiego na rachunek bankowy nr		
15.	Oświadczam, że w stosunku do mojej osoby został spełniony obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).		

.....
(czytelny podpis doktoranta składającego oświadczenie)

* niepotrzebne skreślić