**WNIOSEK**

**O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA – STUDENCI/DOKTORANCI OBCOKRAJOWCY**

**STUDIA …….... stopnia, stacjonarne/niestacjonarne (…..…-letnie)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i Imię (imiona): | | | | |
| Wydział: | | | | |
| Kierunek: | | | | |
| Rok studiów: | | Nr albumu: | | |
| Data i miejsce urodzenia: | | Wiek: | | |
| Obywatelstwo: | | PESEL: | | |
| **DANE O PASZPORCIE** | | | | |
| Seria i numer: | | Data ważności: | | |
| Wydany przez: | | Kraj wydania | | |
| Adres e-mail: | | Nr tel. | | |
| **Karta Polaka** | **Tak/Nie** | | **OD** | **Do** |
| **Adres stałego zameldowania** | | | | |
| Poczta: | | | | |
| ul. | | Miejscowość:: | | |
| Nr domu: | | Nr mieszkania: | | |
| **Adres zameldowania (zamieszkania) w czasie studiów:** | | | | |
|  | | | | |

**OŚWIADCZENIA**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 § 1 Kodeksu karnego - oraz o odpowiedzialności dyscyplinarnej, o której mowa w art. 307 ust. 1 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce:

1. **Oświadczam, że nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu** **tj.:** jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka, nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym, nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie, nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego, nie pobieram stypendium sportowego, nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej, nie jestem zarejestrowany/a jako osoba bezrobotna, nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych,
2. **Zobowiązuję się do powiadomienia Uczelni o:**
3. zmianie w ww. danych osobowych oraz zmianach związanych ze studiami,
4. powstaniu prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu,
5. **utracie ważności Karty Polaka (np. w przypadku uzyskania pobytu stałego)**
6. **uzyskaniu obywatelstwa polskiego.**

**w terminie do 5 dni od daty powstania w/w zmian**

1. **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym**.
2. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez UR danych** zawartych we wniosku oraz ich przekazanie do Narodowego Funduszu Zdrowia.

***UWAGA!***

*W przypadku utraty statusu studenta lub doktoranta (ukończenie studiów lub skreślenie z listy studentów/doktorantów) następuje automatyczne wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego. Po przywróceniu praw studenta lub doktoranta należy ponownie złożyć wniosek o ubezpieczenie zdrowotne.*

*Rzeszów, dnia ………………………… czytelny podpis studenta/ doktoranta………………………………………………………………….*

*Data wpływu (pieczęć i podpis osoby upoważnionej) nr rejestru*

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Rzeszowski, al. Rejtana 16 C, 35-959 Rzeszów, reprezentowany przez Rektora,
2. Administrator Danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się poprzez adres email: [iod@ur.edu.pl](mailto:iod@ur.edu.pl), pisemnie na adres siedziby Administratora lub telefonicznie tel.: +48 17 872 34 39, +48 17 872 36 46,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia na podstawie ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2024, poz. 146, j.t.),
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie zgody wyrażonej na mocy art. 6 ust. 1 lit. a ww. Rozporządzenia, w celu związanym z ubieganiem się o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia na podstawie ww. ustawy,
5. Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji celu, do jakiego zostały zebrane i może skutkować brakiem możliwości rozpoznania wniosku.
6. Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
7. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
8. Posiada Pani/Pan prawo do: żądania dostępu do treści swoich danych osobowych, do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,
9. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzasadnione jest, że Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są przez Administratora Danych niezgodnie z ww. Rozporządzeniem.