**OŚWIADCZENIE DO CELÓW WYPŁATY STYPENDIUM / NAGRODY**

dla Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE OSOBOWE | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko: |  | | | | | PESEL: |  | | |
| e-mail: |  | | | | | Tel: |  | | |
| Nr rachunku bankowego: | | |  | | | | | | |
| Urząd Skarbowy: | |  | | | | | | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA | | | | | | | | | |
| Miejscowość: |  | | | | | Kod pocztowy: | |  | |
| Ulica: |  | | | | | Nr domu/lokalu: | | |  |
| Powiat: |  | | | Gmina: |  | | | | |

OŚWIADCZAM, ŻE:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Jestem **uczniem** | | | | | ☐ TAK | ☐ NIE |
|  |  | Nazwa szkoły: |  | | | | |
|  |  | Przewidywany termin ukończenia szkoły (miesiąc/rok kalendarzowy): | | | | |  |
| 2. | Jestem **studentem** | | | | | ☐ TAK | ☐ NIE |
|  |  | Nazwa uczelni: |  | | | | |
|  |  | Przewidywany termin ukończenia szkoły (miesiąc/rok kalendarzowy): | | | | |  |
| 3. | Jestem zatrudniony na podstawie **umowy o pracę** | | | | | ☐ TAK | ☐ NIE |
|  |  | Nazwa zakładu pracy: | |  | | | |
| 4. | Otrzymuję wynagrodzenie z tytułu **umowy zlecenia** | | | | | ☐ TAK | ☐ NIE |
|  |  | Okres, na który zawarto umowę: | | | | |  |
|  |  | Od umowy zlecenia są pobierane składki na ubezp. emerytalno-rentowe, zdrowotne. | | | | ☐ TAK | ☐ NIE |
| 5. | Pobieram **stypendium** od innego podmiotu: | | | | | ☐ TAK | ☐ NIE |
|  |  | Stypendium wypłacane jest przez: | | |  | | |
|  |  | Okres wypłacania stypendium: | | | | |  |
|  |  | Od stypendium są pobierane składki na ubezp. emerytalno-rentowe, zdrowotne | | | | ☐ TAK | ☐ NIE |
| 6. | Mam zarejestrowaną **działalność gospodarczą** | | | | | ☐ TAK | ☐ NIE |
|  |  | Z tego tytułu opłacam składki na ubezp. emerytalno-rentowe, zdrowotne. | | | | ☐ TAK | ☐ NIE |
| 7. | Otrzymuję **świadczenie z ZUS** (np.: renta socjalna, renta inwalidzka, renta z tytułu niezdolności do pracy) | | | | | ☐ TAK | ☐ NIE |
|  |  | W przypadku wypłaty świadczenia, proszę podać: | | | | | |
|  |  | - rodzaj świadczenia: | | |  | | |
|  |  | - numer świadczenia: | | |  | | |
|  |  | - oddział ZUS wypłacający świadczenie: | | |  | | |
|  |  | oraz załączyć kserokopię dokumentu poświadczającego powyższe świadczenie. | | | | | |

**UWAGA!**

W przypadku zmiany jakichkolwiek danych wskazanych powyżej, w szczególności dotyczących:

­ utraty statusu ucznia, studenta, rencisty;

­ utraty zatrudnienia z tytułu umowy o pracę bądź z tytułu umowy zlecenia;

­ zamknięcia lub zawieszenia zarejestrowanej działalności gospodarczej;

zobowiązuję się do poinformowania Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego, poprzez ponowne złożenie oświadczenia z dopiskiem "AKTUALIZACJA", niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 5 dni roboczych od daty zaistnienia zmian.

W przypadku niepoinformowania w stosownym czasie o zmianie danych, jeżeli brak tych danych spowoduje konsekwencje finansowe dla Urzędu, zobowiązuje się do ich pokrycia w pełnej wysokości.

**OŚWIADCZAM**, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 kodeksu karnego za składanie fałszywych oświadczeń.

…………………………………….. …………………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis pełnoletniego kandydata

lub rodzica/opiekuna prawnego)