**OŚWIADCZENIE STAŻYSTY DLA CELÓW UBEZPIECZENIOWYCH**

**DANE OSOBOWE STAŻYSTY**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nazwisko ……………………………………………………………………… | 2. Nazwisko rodowe ……….……………… |
| 3. Imię (imiona) …………………………………………………………… | 4. Data i miejsce urodzenia: …………………… |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 5. PESEL:

 6. Imiona rodziców: ……………………………………………………… 7. Obywatelstwo ………………………………………………………..

**ADRES ZAMIESZKANIA STAŻYSTY**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Gmina: ....................................................... | 2.Ulica: .................................................................................. |
| 3. Nr domu: ……………………………….. | 4. Nr mieszkania: ................................................................... |
| 5. Miejscowość: ................................... | 6. Kod pocztowy: ............................................................. |

**ADRES KORESPONDENCYJNY STAŻYSTY**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Gmina: ....................................................... | 2.Ulica: .................................................................................. |
| 3. Nr domu: ……………………………….. | 4. Nr mieszkania: ................................................................... |
| 5. Miejscowość: ................................... | 6. Kod pocztowy: ............................................................. |

**POZOSTAŁE DANE DOTYCZĄCE STAŻYSTY**

1. Oddział NFZ: ..........................................................................................................................................................................

Potwierdzam, że treść niniejszego oświadczenia jest zgodna ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z tytułu podania nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy.

Zobowiązuję się poinformować Zleceniodawcę o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia w terminie 3 dni od daty ich powstania, poprzez ponowne złożenie oświadczenia z dopiskiem aktualizacja i podkreśleniem zmienianych danych, pod rygorem ponoszenia odpowiedzialności prawnej i finansowej za niedopełnienie tego obowiązku. W przypadku niepoinformowania w stosownym czasie o zmianie danych, jeżeli brak tych informacji spowoduje konsekwencje finansowe dla Uniwersytetu Gdańskiego, zobowiązuję się do ich pokrycia w pełnej wysokości.

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie przez UG danych zawartych w treści tego oświadczenia dla celów związanych z realizacją niniejszej umowy.

|  |
| --- |
| …….......................................................................................*data i czytelny podpis Stażysty* |
|  |