**OŚWIADCZENIE STYPENDYSTY SPORTOWEGO**

**DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE STYPENDYSTY**

Nazwisko ………………………………….………....................... Imię ……..……...…..………………………...…

Obywatelstwo ....………………………………………………………………………..…………………….…….

Data i miejsce urodzenia …………………..…………………………………………………………………………....

PESEL .........................….….………….…………......... NIP ….…………………..……..……..…….…………...

(NIP dotyczy m.in. :prowadzących działalność gospodarczą, podatników VAT, płatników składek ZUS)

**ADRES ZAMIESZKANIA/ZAMELDOWANIA** (będący jednocześnie adresem do wykazania na druku PIT)

gmina/dzielnica ………………………………………. województwo…………...…...……..……..…………......

powiat ……………………………………………………………………………………………………….………

ulica ……………………………..………………………nr domu………………… nr lokalu….………………..

kod pocztowy ….……………… miejscowość/poczta …………………………………….……….…….......... numer telefonu (obowiązkowo) ………………..…………… e-mail……………………….…..…………………….....

Pełna nazwa i adres Urzędu Skarbowego

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

Narodowy Fundusz Zdrowia ….….............................................................................................................................

**DANE DOTYCZĄCE KONTA BANKOWEGO:**

Nazwa banku:.............................................................................................................................................................

Nr rachunku bankowego\*:

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

\* W przypadku braku własnego rachunku bankowego, proszę wskazać osobę (członka rodziny) z imienia i nazwiska oraz jej numer konta

**OŚWIACZAM, ŻE (zaznaczyć właściwe pola):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Czy jest Pan/Pani studentem/ uczniem, nr legitymacji.........................................................  ……………………………………………………...…………….………….……………  (nazwa szkoły/ uczelni) | TAK/NIE\* |
| 2 | Czy otrzymuje Pan/Pani stypendium sportowe z innego źródła .........................................  ……………………………………………………………………………..……………… (proszę podać rodzaj stypendium, na jaki okres zostało przyznane i przez kogo wypłacane) | TAK/NIE\* |
| 3 | Czy jest Pan/Pani zatrudniony/a/ na podstawie umowy o pracę  **Jeżeli tak to** czy Pan/Pani otrzymuje wynagrodzenie ze stosunku pracy równe bądź wyższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia za dany rok | TAK/NIE\*  TAK/NIE\* |
| 4 | Czy Pan/Pani prowadzi działalność gospodarczą  **Jeżeli tak to** czy:  a/ opłacane są składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne (jeżeli społeczne  to wg stawki ogólnie obowiązującej czy preferencyjnej) b/ opłacane są składki tylko na ubezpieczenie zdrowotne | TAK/NIE\*  TAK/NIE\*  TAK/NIE\* |
| 5 | Czy osiąga Pan/Pani przychód z tytułu umowy zlecenia  **Jeżeli tak to** czy:  a/ opłacane są składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne  b/ opłacane są składki tylko na ubezpieczenie zdrowotne | TAK/NIE\*  TAK/NIE\*  TAK/NIE\* |
| 6 | Czy jest Pan/Pani zarejestrowany/a w PUP jako bezrobotny/a | TAK/NIE\* |
| 7 | Czy przebywa Pan/Pani na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim/wychowawczym | TAK/NIE\* |
| 8 | Czy pobiera Pan/Pani rentę (np. rodzinną) | TAK/NIE\* |
| 9 | Czy jest Pan/Pani uczestnikiem studiów doktoranckich/podyplomowych | TAK/NIE\* |
| 10 | Posiadam orzeczenie o znacznym/umiarkowanym/lekkim stopniu niepełnosprawności  (niepotrzebne skreślić)  przyznane na okres do:………………………………………………….……………… | TAK/NIE\* |
| 11 | Jestem ubezpieczony w KRUS- opłacam składkę na ubezpieczenie zdrowotne | TAK/NIE\* |

\* Właściwe podkreślić

Oświadczenie:

* Jednocześnie oświadczam, iż o zmianach w stosunku do stanu faktycznego wynikającego  
  z oświadczenia zawiadomię płatnika przed pierwszą wypłatą świadczenia za miesiąc, w którym zaszła zmiana.
* W przypadku utraty statusu ucznia lub studenta niezwłocznie powiadomię o tym Urząd Gminy w Kościelisku
* Oświadczam, że powyższe dane podałem/podałam zgodnie ze stanem faktycznym. W przypadku złożenia nieprawdziwych danych jestem świadomy/świadoma pociągnięcia mnie do odpowiedzialności zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
* Oświadczam, że poniosę wszelkie konsekwencje finansowe wynikające z tytułu podania danych niezgodnych ze stanem faktycznym.

Pouczenie:

1. Zgodnie z art.66 pkt 23 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U z 2024 poz 146) obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby pobierające stypendium sportowe po ukończeniu 15 roku życia niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu(tytuł członka rodziny nie zwalnia ze zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego osób powyżej 15 roku życia)
2. Wszystkie osoby spełniające ww. przesłanki w okresie obowiązywania umowy stypendialnej zostaną przez Urząd Gminy w Kościelisku zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego
3. W związku z powyższym, w okresie pobierania stypendium, tj. od sierpnia 2025 do dnia 31 maja 2026r, lub z dniem ukończenia przez Stypendystę 15 roku życie należy do zakładu pracy osoby zgłaszającej dziecko jako członka rodziny złożyć wniosek o wyrejestrowanie dziecka z ubezpieczenia zdrowotnego, a po ustaniu umowy stypendialnej czyli z dniem 01.06.2026r. złożyć wniosek o ponowne zgłoszenie jako członka rodziny.

……………………………………........................................ data, czytelny podpis stypendysty lub opiekuna prawnego

|  |
| --- |
| Wyrażenie zgody na publikację danych zawodnika na stronie www.gminakoscielisko.pl jest dobrowolne, przy czym konsekwencją niewyrażenia zgody będzie anonimizacja danych zawodnika na liście stypendystów.  **Oświadczenie**  **zgoda na przetwarzanie danych osobowych i wykorzystanie wizerunku Stypendysty sportowego**  ………………………………………………………………………………………………..……………………..  *(imię i nazwisko)*  Wyrażam zgodę na udostępnienie przez Administratoradanych osobowych i wizerunku stypendysty sportowego  TAK ⃞ NIE ⃞ |

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art.13 ust.1 i ust.2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/EWE (dalej RODO) oraz ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych.

1. Administratorem danych osobowych przekazywanych w ramach wydarzenia jest Gmina Kościelisko reprezentowana przez Wójta Gminy Kościelisko z siedzibą: ul. Nędzy – Kubińca 101, 34 - 511 Kościelisko.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych – Pani Barbara Kołacz z którą można się skontaktować poprzez e – mail: [iod@](mailto:iod@)gminakoscielisko.pl w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wydarzenia na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Uchwały nr XXX/224/17 Rady Gminy Kościelisko z dnia 10 sierpnia 2017r. w sprawie ustanowienia stypendiów sportowych dla osób fizycznych za osiągnięte wyniki sportowe, zasad oraz trybu ich przyznawania i pozbawiania, zmienionej Uchwałą nr XXXVI/274/18 Rady Gminy Kościelisko z dnia 24 maja 2018 r.
4. Pani/Pan wyrażą zgodę na przetwarzanie danych osobowych i wykorzystanie wizerunku przez Administratora w celach związanych z uczestnictwem w wydarzeniu. Dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora w celach promocyjnych zgodnie z klauzulą informacyjną.
5. Dane osobowe przechowywane są zgodnie z obowiązującymi w Gminie Kościelisko przepisami Instrukcji Kancelaryjnej.
6. Odbiorcami danych będą:

- organy i podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa do otrzymania Pani/Pana

danych osobowych

1. Pani/Pan/Uczestnicy wydarzenia mają prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia, przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
2. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2 00 – 193 Warszawa, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana/Pani, narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych uniemożliwi realizację celów do których dane były zbierane.
4. Pani/Pan/Uczestnik wyraża zgodę na zamieszczenie wizerunku, danych osobowych utrwalonych podczas wydarzenia na stronie internetowej Urzędu Gminy Kościelisko, Facebooku, Instagramie oraz na lokalnych portalach i w lokalnej prasie, w celach związanych z upublicznieniem fotorelacji z jego przebiegu.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną

………………………………………………………………………………

Data/Czytelny podpis