

4. Oświadczam, że **jestem / nie jestem** emerytem/rencistą
5. Oświadczam, że **posiadam / nie posiadam** orzeczenie o niepełnosprawności
(jeżeli tak proszę o załączenie zaświadczenia o stopniu niepełnosprawności)
6. Proszę o objęcie mnie **ubezpieczeniem chorobowym TAK/NIE**

W przypadku zaistnienia jakiegokolwiek zmiany, proszę **niezwłocznie** (najpóźniej w ciągu 7 dni od zaistnienia zmiany) poinformować pracowników Biura Szkoły Doktorskiej.

Warszawa, dnia

.....
(podpis uczestnika Szkoły Doktorskiej)

DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY:

stypendium doktoranckie

ZGODA / BRAK ZGODY

.....
(data i podpis Dyrektora)

Administratorem danych osobowych jest Akademia Sztuk Pięknych w Warszawie; ul. Krakowskie Przedmieście 5; 00-068 Warszawa. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować na adres e-mail: iodo@asp.waw.pl. Celem przetwarzania danych jest wypłata stypendium doktoranckiego – podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. c) 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 (tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze). Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania przez Akademię danych osobowych znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.asp.waw.pl/dane-osobowe/