OŚWIADCZENIE STYPENDYSTY DO CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZEŃ

UWAGA : PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI

Dane osobowe:

……..... .....…….
imię nazwisko

…….....
data i miejsce urodzenia

……..... .....…….
imię i nazwisko matki imię i nazwisko ojca

…….....
Nr PESEL

Adres zamieszkania/zameldowania będący jednocześnie adresem do wskazania na PIT

…….....
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)

……..... .....…….
gmina powiat

Adres do korespondencji (wypełnić tylko jeśli jest inny niż adres zameldowania /zamieszkania)

…….....
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)

……..... .....…….
gmina powiat

……..
telefon kontaktowy

…….....
nazwa/adres urzędu skarbowego

Informuję, iż otrzymuję/nie otrzymuję inne stypendia w wysokości ..……... …….

…….……
(z jakiej instytucji)

Proszę o przekazanie stypendium Zarządu Województwa Podlaskiego za szczególne osiągnięcia w nauce za rok szkolny 2016/2017 na podane poniżej konto:

…….....
imię i nazwisko właściciela rachunku *

……..... .....
nazwa banku numer konta

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1) administratorem moich danych osobowych jest Marszałek Województwa Podlaskiego (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1,15-888 Białystok);

2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu podatkowymi i prowadzenia ewidencji księgowej;

3) moje dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom danych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych,

4) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;

5) podanie danych wynika z realizacji z ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. Nr 80, poz. 350) oraz z ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887).

---

* w przypadku osoby niepełnoletniej i nie posiadającej rachunku bankowego numer konta rodzica lub opiekuna prawnego

.....…… **.....**

miejscowość, data

podpis pełnoletniego ucznia lub rodzica/opiekuna prawnego