

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(stopień pokrewieństwa)

**OŚWIADCZENIE O DOCHODZIE UZYSKIWANYM Z POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI OSÓB ROZLICZAJĄCYCH SIĘ NA PODSTAWIE PRZEPISÓW O ZRYCZAŁTOWANYM PODATKU DOCHODOWYM OD NIEKTÓRYCH PRZYCHODÓW OSIĄGANÝCH PRZEZ OSOBY FIZYCZNE**

Oświadczam, że w roku kalendarzowym ..... uzyskałem/am dochód z działalności opodatkowanej w formie:

(zakreślić odpowiedni kwadrat)

ryczałtu ewidencjonowanego

karty podatkowej

1. Dochód / brutto /wyniósł ..... zł. ....gr.

2. Należne składki na ubezpieczenie społeczne wyniosły ..... zł. ....gr.

3. Należne składki na ubezpieczenie zdrowotne wyniosły ..... zł. ....gr.

4. Należny zryczałtowany podatek dochodowy wyniósł ..... zł. ....gr.

**5. Dochód netto wyniósł .....** / po odliczeniu kwot z poz. 2, 3, 4 /

**OŚWIADCZENIE**

Upředzony/a/ o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 kk zgodnie, z którym „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” oraz o odpowiedzialności dyscyplinarnej z art. 211 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (j. t. Dz. U. z 2012 r., poz. 572 z późn. zm.), zgodnie z którym “Za naruszenie przepisów obowiązujących w uczelni oraz za czyny uchybiające godności studenta student ponosi odpowiedzialność dyscyplinarną przed komisją dyscyplinarną albo przed sądem koleżeńskim samorządu studenckiego”;

oświadczam, że przedstawione przeze mnie w oświadczeniu informacje są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

Zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 Ustawy o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2016, poz.922 z późn. zm.) wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Gdański Uniwersytet Medyczny moich danych osobowych do celów stypendialnych. Zostałem(am) poinformowany o przysługującym mi prawie wglądu do moich danych i ich aktualizacji.

Oświadczam, iż zapoznałem/łam się z Regulaminem Pomocy Materialnej GUMed stanowiącym załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 40/2016 Rektora GUMed z dnia 14.09.2016 r.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis osoby oświadczającej)