



Zarządzenie nr 51/2019
Rektora Uniwersytetu Opolskiego
z dnia 18 października 2019 r.

w sprawie wysokości stypendium doktoranckiego dla doktorantów kształcących się w Szkole Doktorskiej Uniwersytetu Opolskiego

Na podstawie art. 23 ust. 1 w zw. z art. 209 ust. 4 i ust. 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U.2018.1668 z późn. zm.) oraz § 13 ust. 3 i ust. 4 pkt 10 Statutu Uniwersytetu Opolskiego z dnia 9 maja 2019 r., zarządzam, co następuje:

§ 1

Ustala się następującą wysokość miesięcznego stypendium doktoranckiego dla doktorantów kształcących się w Szkole Doktorskiej Uniwersytetu Opolskiego:

- 1) **2371,70 zł brutto** – do miesiąca, w którym została przeprowadzona ocena śródkresowa;
- 2) **3653,70 zł brutto** – po miesiącu, w którym została przeprowadzona ocena śródkresowa.

§ 2

Doktorant posiadający orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie, o którym mowa w art. 5 oraz art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, otrzymuje stypendium doktoranckie w wysokości zwiększonej o 30% kwoty wskazanej w § 1 pkt 1, tj. **3083,21 zł brutto**.

§ 3

Doktorant zatrudniony po ocenie śródkresowej, zakończonej wynikiem pozytywnym, w charakterze nauczyciela akademickiego lub pracownika naukowego, w wymiarze przekraczającym połowę pełnego wymiaru czasu pracy, otrzymuje stypendium doktoranckie w wysokości 40% kwoty wskazanej w § 1 pkt 2, tj. **1461,48 zł brutto**.

§ 4

Doktorant zobowiązany jest złożyć w Sekretariacie Szkoły Doktorskiej podpisane oświadczenie dotyczące ubezpieczenia chorobowego i zdrowotnego oraz o numerze rachunku bankowego, na który ma być przelewane stypendium doktoranckie. Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

§ 5

1. Wyplata stypendium doktoranckiego moze byc dokonana dopiero:
 - 1) po zlozeniu przez doktoranta oswiadczenia, o ktorym mowa w § 4,
 - 2) po otrzymaniu przez Dzial Plac dyspozycji wyplaty za dany miesiac wedlug wzoru, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Zarządzenia.
2. Wyplata stypendium doktoranckiego następuje w terminie określonym w § 31 pkt 3 Regulaminu Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Opolskiego.

§ 6

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 października 2019 r.

Rektor
Uniwersytetu Opolskiego


prof. dr hab. Marek Masnyk

Opole,

Imię i nazwisko

Nr albumu

Rok akademicki

Telefon komórkowy

e-mail

adres do korespondencji

OŚWIADCZENIE

I. Oświadczam, że:

1. Posiadam/nie posiadam * stopnia doktora.
2. Posiadam/nie posiadam * inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego¹.
3. Jestem/nie jestem zatrudniony jako pracownik naukowy lub nauczyciel akademicki w wymiarze poniżej/powyżej* ½ etatu, nazwa pracodawcy w okresie
4. Przeszedłem/nie przeszedłem* pozytywnie oceny śródkresowej.
5. Posiadam/nie posiadam prawa do emerytury.
6. Posiadam/nie posiadam* prawa do renty.
7. Posiadam/nie posiadam* ważne orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu lekkim/umiarkowanym/znacznym*.

II. Wnoszę/nie wnoszę* o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym².

III. Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wnoszę/nie wnoszę* o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym mojego dziecka/małżonka/wstępnych* pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

IV. Wnoszę o przekazywanie stypendium doktoranckiego na rachunek bankowy:

.....

PESEL

Nr paszportu i data urodzenia (w przypadku cudzoziemców)

Imię drugie (jeżeli posiada)

Nazwisko rodowe (jeżeli była dokonywana zmiana nazwiska)

Obywatelstwo

- Oświadczam, że skutki prawne i finansowe błędnie wypełnionego oświadczenia lub nie poinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia w terminie 2 dni od daty powstania tych zmian obciążają mnie jako doktoranta.
- Oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem faktycznym.
- Oświadczam, że zgłaszani przeze mnie do ubezpieczenia członkowie mojej rodziny, nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.
- Upoważniam pracownika Uniwersytetu Opolskiego do podpisania druku zgłoszeniowego do ubezpieczeń społecznych/zdrowotnego w moim imieniu.

* *niepotrzebne skreślić*

.....
podpis doktoranta

¹ Art. 66 ust.1 pkt 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz.1510 z późn. zm.). Dotyczy osób podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu (np. stosunek pracy, umowa zlecenie, działalność gospodarcza, podleganie jako członek rodziny do 26. roku życia).

² Prawo do korzystania z zasiłków z ubezpieczenia chorobowego (np. zasiłek chorobowy, opiekuńczy, macierzyński) następuje po upływie 90 dni od dnia objęcia tym ubezpieczeniem (art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 645 z późn. zm.). Składka wynosi 2,45% podstawy wymiaru składki (kwota stypendium) i jest pokrywana przez doktoranta.

Opole,

Dział Płac
Uniwersytetu Opolskiego
w miejscu

Dyspozycja dokonania wypłaty stypendiów doktoranckich
doktorantom kształcącym się w Szkole Doktorskiej Uniwersytetu Opolskiego za miesiąc

Wnoszę o wykonanie wypłat niżej wymienionym doktorantom kształcącym się w Szkole Doktorskiej Uniwersytetu Opolskiego stypendiów doktoranckich.

L.p.	Nazwisko i Imię	PESEL	Data i miejsce urodzenia	Kwota stypendium brutto	Wypłata na rachunek bankowy nr:
1.					
2.					
3.					

4.								
5.								
6.								
7.								
8.								

Potwierdzam zasadność wypłat wyżej wymienionym osobom stypendiów doktoranckich.

Wnoszę o wypłatę stypendiów doktoranckich w terminie określonym w § 31 ust. 3 Regulaminu Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Opolskiego.

Sporządził:
.....

Zatwierdził merytorycznie:
.....