



**INSTYTUT BOTANIKI im. WŁADYSŁAWA SZAFERA
POLSKIEJ AKADEMII NAUK**

ul. Lubicz 46, 31-512 Kraków

tel. [48] 12 42 41 700; fax [48] 12 421 97 90

WWW: <http://www.botany.pl>

Zarządzenie Nr 27/2019

Dyrektora Instytutu Botaniki im. W. Szafera

Polskiej Akademii Nauk

z dnia 19.09.2019 r.

w sprawie: zasad i wysokości przyznawania oraz wypłacania stypendium doktoranckiego w danym roku akademickim 2019/2020 w Szkole Doktorskiej Nauk Przyrodniczych i Rolniczych

Na podstawie:

- art. 209 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668 ze zm.);

- § 17 ust. 5 Regulaminu Szkoły Doktorskiej Nauk Przyrodniczych i Rolniczych

zarządzam, co następuje:

§ 1

1. Doktorant Szkoły Doktorskiej Nauk Przyrodniczych i Rolniczych otrzymuje stypendium doktoranckie na zasadach określonych Ustawą z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, Regulaminu Szkoły Doktorskiej Nauk Przyrodniczych i Rolniczych oraz niniejszym zarządzeniem.
2. Stypendium doktoranckie otrzymuje doktorant nieposiadający stopnia doktora.
3. Wysokość miesięczna stypendium doktoranckiego w roku akademickim 2019/2020 wynosi:
 - 1) dla stypendiów finansowanych ze środków własnych jednostek prowadzących Szkołę doktorską – 2371,70 zł;
 - 2) dla stypendiów finansowanych z projektów dofinansowanych ze źródeł zewnętrznych – zgodnie z umową o dofinansowanie projektu, z tym że wysokość stypendium nie może być niższa, niż określona w punkcie 1).
4. W przypadku zatrudnienia doktoranta w wymiarze przekraczającym połowę pełnego wymiaru czasu pracy, wysokość stypendium doktoranckiego wynosi 40% wysokości miesięcznego stypendium.
5. W okresie zawieszenia kształcenia do ustalenia wysokości stypendium doktoranckiego stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące ustalania zasiłku macierzyńskiego, z tym że

przez podstawę wymiaru zasiłku rozumie się wysokość miesięcznego stypendium doktoranckiego, o której mowa w ust. 3 pkt 1), przysługującego w dniu złożenia wniosku o zawieszenie.

6. Doktorant posiadający orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie, o którym mowa w art. 6 i 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 ust. 3 pkt 1).

§ 2

1. Stypendium doktoranckie jest przyznawane na okres 12 miesięcy i wypłacane co miesiąc do dnia 10 każdego miesiąca, z zastrzeżeniem, iż stypendium doktoranckie za październik 2019 roku wypłacane jest wraz ze stypendium za listopad 2019 roku.
2. Stypendia doktoranckie podlegają obowiązkowo systemowi ubezpieczeń społecznych (art. 6 ust. 1 pkt 7b ustawy z dn. 13 października 1998 r. z późn. zm. o systemie ubezpieczeń społecznych)
3. Stypendium doktoranckie wypłacane jest na konto bankowe doktoranta.
4. W celu otrzymywania stypendium doktoranckiego oraz odprowadzania wymaganych przepisami prawa składek na ubezpieczenie społeczne, doktorant składa w Sekretariacie Szkoły Doktorskiej do dnia 30 września 2019 roku deklarację, której wzór określa zał. nr 1 do zarządzenia. Brak złożenia deklaracji w tym terminie lub brak jej uzupełnienia na wezwanie Sekretarza Szkoły Doktorskiej spowoduje odroczenie płatności stypendium do czasu złożenia prawidłowo wypełnionej deklaracji.

§ 3

Instytut Botaniki im. W. Szafera PAN przetwarza dane osobowe doktoranta zamieszczone w deklaracji, o której mowa w § 2 ust. 3 zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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 (Rozporządzenie ogólne o ochronie danych), w celu wypłaty stypendium i odprowadzania wymaganych przepisami prawa składek na ubezpieczenie społeczne.

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Instytutu Botaniki im. W. Szafera
Polskiej Akademii Nauk



Prof. dr hab. Lucyna Śliwa

Oświadczenie doktoranta/zmiana danych

Nazwisko.....imię.....drugie imię.....

Data urodzenia.....miejsce urodzenia.....

Rodzaj obowiązku podatkowego podatnika (zaznaczyć właściwe):

1. nieograniczony obowiązek podatkowy (rezydent) - miejsce zamieszkania Polska
2. ograniczony obowiązek podatkowy (nierezydent) w przypadku zaznaczenia tego punktu należy podać kraj inny niż Polska oraz adres zamieszkania za granicą: dodatkowo kod kraju wydania dokumentu powinien być zgodny z krajem adresu zamieszkania.
3. Zagraniczny numer identyfikacyjny podatnika – uzyskany w państwie, w którym podatnik ma miejsce zamieszkania.
4. Rodzaj numeru identyfikacyjnego(dokumentu stwierdzającego tożsamość) – wypełnia płatnik, który w poz.3 podał zagraniczny numer identyfikacyjny podatnika.
5. Kraj wydania numeru identyfikacyjnego(dokumentu stwierdzającego tożsamość) – wypełnia płatnik, który w poz.3 podał zagraniczny numer identyfikacyjny podatnika.

Adres miejsca zamieszkania

Kod pocztowy.....miejsowość.....

Ulica.....nr domu.....nr mieszkania.....

Województwo.....gmina.....powiat.....

Adres miejsca zameldowania

Kod pocztowy.....miejsowość.....

Ulica..... nr domu.....nr mieszkania.....

Województwo.....gmina.....powiat.....

Niniejszym oświadczam, iż właściwym dla mnie identyfikatorem podatkowym jest numer PESEL // NIP*.

NR PESEL..... **NR NIP**obywatelstwo.....

NIP podajemy w przypadku gdy podatnik :

- prowadzi lub prowadził w danym roku podatkowym działalność gospodarczą bez względu na formę opodatkowania, w tym działalność zawieszona;
- jest/lub był w danym roku podatkowym/ zarejestrowanym podatnikiem od towarów i usług ;
- jest lub był w danym roku podatkowym / płatnikiem podatków , płatnikiem składek na ubezpieczenie społeczne jak i zdrowotne .

Nazwa banku.....

Nr konta bankowego.....

Urząd skarbowy/**na podstawie adresu zamieszkania**/.....

kod pocztowy.....miejsowość.....

Ulica.....nr domu.....

Kod oddziału NFZ..... Nazwa oddziału NFZ.....

Data powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tak / nie

Oświadczam , że wszystkie dane podałem zgodnie ze stanem faktycznym i odpowiedzialność karna za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana. O wszelkich zaistniałych zmianach powiadomię płatnika.

Miejscowość.....data wypełnienia.....podpis.....

* Niepotrzebne skreślić