

國立澎湖科技大學個人資料蒐集聲明暨同意書

國立澎湖科技大學(以下簡稱本校)依據「個人資料保護法」第八條第一項規定，向台端告知下列事項。當您簽屬本同意書時，表示您已閱讀、瞭解並同意本同意書之所有內容。

一、個人資料蒐集之目的：辦理本校**勞健保業務**之需要

二、蒐集之個人資料類別：**識別類(例如：姓名、國民身分證統一編號、特徵類(例如：出生年月日)及符合蒐集目的之各項個人資料類別**等。

三、個人資料利用之期間、地區、對象及方式：

(一) 期間：個人資料蒐集之特定目的存續期間、依相關法令規定、契約約定或本校因執行業務所必須之保存年限。

(二) 地區：本國。

(三) 對象：本校及其他與本校有業務往來之公務及非公務機關。

(四) 方式：以自動化機器或其他非自動化之利用方式。

四、您可依個人資料保護法，就您的個人資料行使以下權利：

(一) 查詢或請求閱覽。

(二) 請求製給複製本。

(三) 請求補充或更正。

(四) 請求停止蒐集、處理或利用。

(五) 請求刪除。

惟依相關法令規定、契約約定或本校因執行業務所必須者，得不依您請求為之。

五、個人資料之提供：

(一) 若您拒絕提供個人資料，本校將無法提供相關服務，亦可能無法維護您的權益。

(二) 請依各項服務需求提供您正確、最新及完整的個人資料，若您的個人資料有任何異動，請主動向本校各業管單位申請更正。

(三) 若您提供錯誤、過時、不完整或具誤導性的資料，而損及您的相關權益，本校將不負相關賠償責任。

六、本校聯絡方式：總機 06-9264115 轉分機 **1323**

簽章欄

(本聲明暨同意書由本校總務處事務組承辦單位收存)

本人瞭解上述告知事項，並同意貴校在符合上述告知事項範圍內，蒐集、處理及利用本人所提供之各項個人資料。

立同意書人：_____ (簽名)

中華民國 年 月 日

(如同意簽名後，始填下一頁)

【計畫人員(含專案人員兼職)】

投保保險證號		※國民身分證影本或居留證影本(僅需正面) 請務必清晰，如不清晰，一律退件	
04008078F			
身心障礙手冊	☐ 無 ☐ 有(請檢附手冊影本)	聘僱期間	開始日： 年 月 日 結束日： 年 月 日
聘用單位		計畫名稱及 計畫編號	
申請項目	勞保	☐ 月投保，月支薪資_____元。	依規定不得追溯加保，未能於到職日前加保者，以申請表送達事務組收件當日辦理投保。
		☐ 日投保(請檢附預定工作加退保表)	請依規定按時填報每月預定工作加退保表，俾利辦理勞保加保事宜。
	健保	☐ 是 ☐ 否(請檢附健保在保證明) ※若有眷屬依附投保者，請另填眷屬健保轉入申請表及檢附戶口名簿影本或身分證影本。	1. 每週工作時數未滿 12 小時者，本校不為其辦理健保加保 2. 短期工作(讀)不超過 3 個月者，得選擇不在本校加健保。
		勞退	自提勞退(不適用者無須填寫) ☐ 否 ☐ 是 % (僅限 1% ~ 6%) ※如未填寫，將僅提繳雇主部分，不會提繳自提。

- 一、勞健保案件每日受理案件之截止時間為下午 5 點。
- 二、為確保被保險人權益，請於到職日前填送本表至事務組辦理加保事宜。如於到職日後送件者，以申請表送達事務組收件當日辦理投保(依規定，勞保不得追溯加保)。未依規定辦理致影響個人權益，概由用人單位及被保險人自行負擔。
- 三、各單位、各研究計畫主持人所聘僱之人員，如聘僱期間中途離職或聘僱期限屆滿不再續聘者，應主動通知被保險人至遲於離職前 1 日至校事務組辦理退保手續。未依規定辦理異動或退保，致本校未能即時通知勞保局退保，期間衍生應繳保費(含個人及雇主負擔)，由被保險人、用人單位或計畫主持人自行負擔。
- 四、每月薪資請務必按時於次月 5 日前將薪資印領清冊送出，並扣繳應繳納之保費。
- 五、聘僱流程完成後，請務必將正本聘僱資料送至事務組，並將依申請表收件日期始辦理加保作業。

本人已詳細閱讀上述事項，並同意遵守。

(被保險人) 本人簽章：_____

單位主管(計畫主持人)簽章：_____

以下欄位由總務處事務組承辦人填寫：

事務組登錄備查(請勿自行填寫)

收件日：_____年_____月_____日，承辦人：_____