

**OŚWIADCZENIE STUDENTA/DOKTORANTA* UNIwersYTETU W BIAŁYMSTOKU
DO UZYSKANIA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Wypełnia student/doktorant (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

1. Dane osobowe:

Nazwisko.....Imiona **1.****2.**.....

Miejsce urodzeniaData urodzenia __ __ - __ __ - __ __ __ __ r.

PESEL __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ , NR paszportu(dot. obcokrajowca)

Nazwisko rodoweObywatelstwo.....

2. Adres zameldowania:

Województwo.....Powiat.....Gmina.....

Ulica.....Nr domu..... Nr mieszkania.....

Miejscowość.....Kod pocztowy.....Poczta.....

3. Adres zamieszkania (gdy nie jest tożsamy z miejscem zameldowania):

Województwo.....Powiat.....Gmina.....

Ulica.....Nr domu..... Nr mieszkania.....

Miejscowość.....Kod pocztowy.....Poczta.....

**4. Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielenie nieprawdziwych informacji (art.233 § 1 kk¹), oświadczam, że
(właściwie zakreślić kółkiem):**

- **podlegam*** / **nie podlegam*** ubezpieczeniu jako członek rodziny (np. rodzica, współmałżonka, dziadków)
- **pozostaję*** / **nie pozostaję*** w stosunku pracy, stosunku służbowym
- **prowadzę*** / **nie prowadzę*** działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym
- **jestem*** / **nie jestem*** zatrudniony na podstawie umowy zlecenia
- **pobieram*** / **nie pobieram*** świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego
- **pobieram*** / **nie pobieram*** renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej
- **jestem*** / **nie jestem*** zarejestrowany w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna
- **jestem*** / **nie jestem*** rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników
- **podlegam*** / **nie podlegam*** obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5. Zobowiązuję się poinformować Uniwersytet w Białymstoku o wszelkich zmianach zawartych w oświadczeniu oraz o powstaniu innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego w ciągu 7 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności karnej z tego tytułu.

Dane kontaktowe studenta/doktoranta:

Oświadczam, że dane w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.

e-mail:.....

telefon:.....

czytelny podpis studenta / doktoranta

Wypełnia Wydział/ Szkoła Doktorska (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

1. Pan(i) jest studentem/doktorantem* od dnia: ____/____/____ r.

➤ Wydział/Szkoła Doktorska* :.....

➤ kierunek/dyscyplina* :.....

➤ Tryb/forma studiów:
(stacjonarne/niestacjonarne)

• nr albumu

➤ Planowany termin ukończenia studiów: ____/____/____ r.

2. **O wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego** studenta lub doktorant Szkoły Doktorskiej w związku z uzyskaniem statusu absolwenta, ukończenia studiów doktoranckich lub skreślenia z listy studentów/doktorantów Szkoły Doktorskiej, **osoba odpowiedzialna na Wydziale lub w Szkole Doktorskiej powiadamia w terminie 7 dni od daty wygaśnięcia ubezpieczenia Dział Płac i Podatków.**

Białystok, dnia. ____/____/____ r.

.....
Podpis upoważnionego pracownika
Wydziału/Szkoły Doktorskiej

* Niepotrzebne skreślić