

Zielona Góra, dn.....

.....
(Nazwisko i imię)

.....
(PESEL)

.....
(Wydział)

.....
(Kierunek)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane i złożone oświadczenie jest zgodne z prawdą i stanem faktycznym.

Oświadczam, że w okresie **od marca do września** bieżącego roku akademickiego nie podlegałem/am ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu wymienionego w „Oświadczeniu studenta/doktoranta”.

.....
(Czytelny podpis)
