

.....
(Imię i nazwisko doktoranta/studenta*)

.....
(nr albumu)

.....
(rok wydział i kierunek studiów; stacjonarne, niestacjonarne, doktoranckie*)

.....
(planowany termin ukończenia studiów)

OŚWIADCZENIE DOKTORANTA/ STUDENTA*

I. Oświadczam, że:

- 1) nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę, lub za którego opłacana jest składka (np. rodzica lub współmałżonka),
- 2) nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym,
- 3) nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie,
- 4) nie pobieram renty socjalnej, renty rodzinnej, zasiłku stałego z pomocy społecznej,
- 5) nie pobieram zasiłku/świadczenia pielęgnacyjnego, potwierdzone zaświadczeniem z Instytucji wypłacającej zasiłek/świadczenie
- 6) nie jestem osobą bezrobotną, zarejestrowaną w Urzędzie Pracy,
- 7) nie jestem rolnikiem, ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- 8) nie pobieram świadczeń emerytalno - rentowych z ubezpieczenia społecznego,
- 9) nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
- 10) nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)

II. Oświadczam, że w przypadku zaistnienia którejkolwiek okoliczności wymienionej w pkt. I, a tym samym powstania innego tytułu ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby, bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)

III. Oświadczam, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu, niezbędnych do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty powstania zmiany, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Zielonogórski danych osobowych zawartych we wniosku oraz na ich przekazanie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. Nr 133, poz. 883) o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)

POUCZENIE:

Kto:

- 1) nie zgłasza wymaganych przepisami ustawy danych lub zgłasza nieprawdziwe dane mające wpływ na wymiar składek na ubezpieczenie zdrowotne albo udziela w tych sprawach nieprawdziwych wyjaśnień lub odmawia ich udzielenia,
- 2) nie dokonuje w terminie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego lub wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego,
- 3) będąc ubezpieczonym, nie informuje podmiotu właściwego do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o okolicznościach powodujących konieczność zgłoszenia lub wyrejestrowania członka rodziny,

- podlega karze grzywny w trybie przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

(Art. 193 i 194 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są kompletne oraz zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania z art. 233 § 1 kodeksu karnego (Dz.U. z 1997r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej za podawanie nieprawdziwych danych.

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)

Zielona Góra, dnia.....

**DANE IDENTYFIKACYJNE I EWIDENCYJNE DOKTORANTA/STUDENTA ZGŁASZANEGO
DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO PRZEZ UNIWERSYTET ZIELONOGÓRSKI**

.....
(PESEL)

.....
(DATA I MIEJSCE URODZENIA)

.....
(NAZWISKO)

.....
(NAZWISKO RODOWE)

.....
(IMIĘ PIERWSZE)

.....
(IMIĘ DRUGIE)

.....
(OBYWATELSTWO)

.....
(STAN CYWILNY)

ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU:

ADRES ZAMIESZKANIA:
(jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

.....
(województwo)

.....
(województwo)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
(nr telefonu kontaktowego)

.....
(adres e-mail)

Posiadam/nie posiadam* stopień niepełnosprawności:

- znaczny
- umiarkowany
- lekki

przyznany na okres od dnia....., do dnia....., potwierdzony decyzją organu wydającego orzeczenie.

Prawdziwość danych zawartych w formularzu, niezbędnych do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(czytelny podpis osoby zgłaszanej do ubezpieczenia)

* niepotrzebne skreślić