

Toruń, dnia

.....
(nazwisko)

.....
(imię)

.....
(PESEL/Paszport (obcokrajowcy), NIP, seria i numer dowodu osobistego)

.....
(wydział)

.....
(rok studiów, kierunek, stacjonarne/niestacjonarne*)

ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU:

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

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

.....
(województwo)

.....
(telefon kontaktowy)

.....
(kod NFZ)

Planowany koniec studiów

(miesiąc i rok)

O Ś W I A D C Z E N I E S T U D E N T A / D O K T O R A N T A U M K

I. Oświadczam, że:

1. nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
2. nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym,
3. nie jestem zatrudniony/a na umowę zlecenie,
4. nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
5. nie pobieram stypendium sportowego,
6. nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
7. nie jestem uprawniony/a do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
8. nie jestem osobą bezrobotną,
9. nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
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,
11. zapoznałem/am się z treścią Zarządzenia Nr 40 Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika z dnia 13 kwietnia 2010 r.,
12. zobowiązuję się do regularnego sprawdzania uczelnianego konta pocztowego -
.....

.....
(czytelny podpis studenta/doktoranta składającego oświadczenie)

II. Oświadczam, że zgłaszani przeze mnie następujący członkowie mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (jednego z wymienionych w pkt. I), ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

L.p.	Nazwisko	Imię	PESEL	NIP	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	
1.							
2.							
3.							
4.							
L.p.	Adres zamieszkania					Kod niepełnosprawności**	Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie
	Ulica	Nr domu	Nr lok.	Kod poczt.	Miejscowość		
1.							
2.							
3.							
4.							

.....
(czytelny podpis studenta/doktoranta składającego oświadczenie)

III. Oświadczam, że:

1. powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego (Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) za składanie fałszywych zeznań;
2. w przypadku zaistnienia którejkolwiek okoliczności wymienionej w pkt. I, a tym samym powstania innego tytułu do 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;
3. w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego tę zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

.....
(czytelny podpis studenta/doktoranta składającego oświadczenie)

IV. Proszę o objęcie mnie / członków mojej rodziny* obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym od dnia

.....
(czytelny podpis studenta/doktoranta składającego oświadczenie)

* niepotrzebne skreślić

** 0 - Osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności,

1 - Osoba posiadająca orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności,

2 - Osoba posiadająca orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,

3 - Osoba posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,

4 - Osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia.