Wrocław, dnia

............................................ .............................

(nazwisko) (imię)

..........................................

PESEL/Paszport (obcokrajowcy)

...................................................................................................

(dyscyplina)

OŚWIADCZENIE DOKTORANTA SZKOŁY DOKTORSKIEJ PWR

DO ZGŁOSZENIA UBEZPIECZENIA ZDROWOTENEGO

Oświadczam, że:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | TAK | NIE |
| podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka) |  |  |
| pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, prowadzę działalność gospodarczą objętą ubezpieczeniem zdrowotnym |  |  |
| jestem zatrudniony/a na umowę zlecenie |  |  |
| pobieram świadczenie emerytalno-rentowe z ubezpieczenia społecznego |  |  |
| mam ustalone prawo do renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej |  |  |
| mam ustalone prawo do renty z ubezpieczenia społecznego |  |  |
| jestem zarejestrowany/a w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna |  |  |
| jestem rolnikiem lub pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników |  |  |
| W związku z niepodleganiem ubezpieczeniu z wyżej wymienionych tytułów wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym w ramach Szkoły Doktorskiej |  |  |

…….......................................................................................

 (czytelny podpis doktoranta składającego oświadczenie)

 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;

1. **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 Biuro ds. Stopni** o tym fakcie, **w terminie do 7 dni** od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

..............................................................................................

 (czytelny podpis doktoranta składającego oświadczenie