……. Kraków, dn. ……...
imię (imiona) i nazwisko

……
Nr indeksu

……
(studia: stacjonarne/ niestacjonarne)

ADRES ZAMELDOWANIA / ZAMIESZKANIA*

……... …….
(województwo) (PESEL)

……..
(kod pocztowy, miejscowość)

…….. ……
(ulica, nr domu, nr lokalu) (Oddział NFZ)

Oświadczenie o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu:

Ukończyłem/am 26 lat:
- ☐ **jestem / nie jestem*** zatrudniony/a w ramach stosunku pracy;
- ☐ **jestem / nie jestem*** zatrudniony/a na podstawie umowy zlecenia;
- ☐ **prowadzę / nie prowadzę*** działalność gospodarczą;
- ☐ **posiadam / nie posiadam*** współmałżonka, który podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu;
- ☐ **jestem / nie jestem*** zarejestrowany/a w urzędzie pracy;

Nie ukończyłem/am 26 lat:
- ☐ rodzice przebywają za granicą- **tak / nie *** i **podlegają / nie podlegają*** ubezpieczeniu zdrowotnemu ;
- ☐ rodzice są bezrobotni – **tak / nie*** i nie są zarejestrowani w urzędzie pracy – **tak / nie***;
- ☐ **mam / nie mam*** przyznanej renty rodzinnej i alimentów;
- ☐ **mam / nie mam*** dziadków, którzy podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu;
- ☐ **mam / nie mam*** opiekunów ustanowionych sądownie;
- ☐ **mam / nie mam*** rodziny zastępczej.

*niepotrzebne skreślić

……
podpis studenta

Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny nie posiadających innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego:

……..…….
(nazwisko i imię, stopień pokrewieństwa, PESEL członka rodziny zgłaszanego do ubezpieczenia zdrowotnego)

……..…….
(nazwisko i imię, stopień pokrewieństwa, PESEL członka rodziny zgłaszanego do ubezpieczenia zdrowotnego)

Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Uczelni o zmianie danych osobowych oraz zmianach związanych ze studiami, a także o powstaniu prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu w terminie do 7 dni od daty powstania ww. zmian, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

dnia…… ……

podpis składającego oświadczenie