

Wrocław, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(kierunek i rok studiów; stacjonarne/niestacjonarne*)

Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu

.....
(województwo)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

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

Oświadczenie studenta WSF

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 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 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

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

* niepotrzebne skreślić

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.

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia

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

III. Oświadczam, że 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.

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

IV. Oświadczam, że 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 składającego oświadczenie)