

Drukować dwustronnie

Tarnobrzeg, dnia.....20.... r.

.....
(imię i nazwisko studenta)

Rok studiów....., kierunek.....

studia – stacjonarne/niestacjonarne*

nr albumu

adres zameldowania na stałe miejsce pobytu:

.....
(województwo)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

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

***Oświadczenie studenta Państwowej Uczelni Zawodowej
im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu***

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, zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy,
- 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

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.

.....
czytelny podpis studenta

.....
Imię i nazwisko

.....
stopień pokrewieństwa

.....
data urodzenia

III. Oświadczam, że w przypadku zaistnienia którejkolwiek okoliczności wymienionych 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

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