Zał. 2

…………………………………………………. Kraków, dnia…………………………….

(nazwisko i imię)

………………………………………………….

(nr albumu)

………………………………………………….

(rok i kierunek studiów)

………………………………………………….

(adres zameldowania)

………………………………………………….

(adres do korespondencji )

**OŚWIADCZENIE**

1. **Oświadczam, że:**

1. nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę (np. rodzica, współmałżonka),

2. nie pobieram świadczeń rentowych z ubezpieczenia społecznego,

3. nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego lub zasiłku okresowego z pomocy społecznej,

4. nie jestem zarejestrowany w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna,

5. nie pozostaję w stosunku pracy, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym,

6. nie jestem zatrudniona(y) na umowę zlecenia,

7. nie jestem rolnikiem lub ich domownikiem w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,

8. 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.

1. **Oświadczam, że niezwłocznie powiadomię Uczelnię, pod rygorem odpowiedzialności   
   z tego tytułu, w przypadku:**

1. zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego;

2. utraty statusu studenta/doktoranta (obrona pracy mgr , ukończenie studiów doktoranckich, rezygnacja ze studiów, skreślenie z listy studentów/doktorantów) lub zaistnienia którejkolwiek z okoliczności wymienionych w pkt. **I**, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny.

**…………………………….. ………………………………………………..**

**data czytelny podpis składającego wniosek**