

Załącznik nr 1

do Regulaminu zgłaszania studentów SGSP do ubezpieczenia zdrowotnego

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !

WNIOSEK STUDENTA O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ

Wydział:			
Nr albumu:			
Nazwisko:			
Imiona:			
Data urodzenia:		Obywatelstwo:	
Adres stałego zameldowania		Kod pocztowy:	
Miejscowość:			
Ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
Gmina:	Województwo:	Państwo:	
Adres czasowego zameldowania		Kod pocztowy:	
Miejscowość:			
Ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
Gmina:	Województwo:	Państwo:	
Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż zameldowania)		Kod pocztowy:	
Miejscowość:			
Ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
Gmina:	Województwo:	Państwo:	
PESEL:		Seria i nr dowodu/paszportu ¹ :	
Oddział Wojewódzki NFZ:			

Na podstawie Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 1997 Nr 133 poz. 883 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez SGSP danych zawartych we wniosku oraz na ich przekazanie do Narodowego Funduszu Zdrowia i świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

*(data)**(czytelny podpis składającego wniosek)*

DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE !

OŚWIADCZENIE

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 § 1², art. 286³ Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny; Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej, oświadczam, że:

1. Utraciłem/am status osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego innego tytułu, a w szczególności:
 - nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
 - nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,
 - nie jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenia,
 - nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
 - nie pobieram stypendium sportowego,
 - nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
 - nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
 - nie jestem zarejestrowany/a/ w Rejonowym Urzędzie Pracy, jako osoba bezrobotna,
 - nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
 - nie jestem ubezpieczony jako Student innego kierunku studiów w SGSP lub innej uczelni.
2. W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię pisemnie pracownika właściwego dziekanatu w trybie natychmiastowym o powstaniu zmiany lub uzyskaniu dokumentu potwierdzającego zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.
3. Niezwłocznie poinformuję pracownika właściwego dziekanatu o:
 - podjęciu pracy (na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia),
 - podjęciu pracy przez współmałżonka (na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia),

(miejscowość i data)

(czytelny podpis składającego oświadczenie)

DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE

²Art. 233 § 1: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”

³Art. 286: „Kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsięwziętego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”