

**OŚWIADCZENIE STUDENTA/DOKTORANTA\* UNIwersYTETU W BIAŁYMSTOKU  
DO UZYSKANIA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**Wypełnia student/doktorant (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)**

**1. Dane osobowe:**

Nazwisko.....Imiona 1. ....2.....

Miejsce urodzenia .....Data urodzenia \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ r.

PESEL \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ , NR paszportu .....(dot. obcokrajowca)

Nazwisko rodowe .....Obywatelstwo.....

**2. Adres zameldowania:**

Województwo.....Powiat.....Gmina.....

Ulica.....Nr domu..... Nr mieszkania.....

Miejscowość.....Kod pocztowy.....Poczta.....

**3. Adres zamieszkania (gdy nie jest tożsamy z miejscem zameldowania):**

Województwo.....Powiat.....Gmina.....

Ulica.....Nr domu..... Nr mieszkania.....

Miejscowość.....Kod pocztowy.....Poczta.....

**4. Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielenie nieprawdziwych informacji (art.233 § 1 kk<sup>1</sup>), oświadczam, że  
(właściwie zakreślić kółkiem):**

- **podlegam\*** / **nie podlegam\*** ubezpieczeniu jako członek rodziny (np. rodzica, współmałżonka, dziadków)
- **pozostaję\*** / **nie pozostaję\*** w stosunku pracy, stosunku służbowym
- **prowadzę\*** / **nie prowadzę\*** działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym
- **jestem\*** / **nie jestem\*** zatrudniony na podstawie umowy zlecenia
- **pobieram\*** / **nie pobieram\*** świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego
- **pobieram\*** / **nie pobieram\*** renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej
- **jestem\*** / **nie jestem\*** zarejestrowany w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna
- **jestem\*** / **nie jestem\*** rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników
- **podlegam\*** / **nie podlegam\*** obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**5. Zobowiązuję się poinformować Uniwersytet w Białymstoku o wszelkich zmianach zawartych w oświadczeniu oraz o powstaniu innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego w ciągu 7 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności karnej z tego tytułu.**

**Dane kontaktowe studenta/doktoranta:**

**Oświadczam, że dane w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.**

e-mail:.....

telefon:.....

czytelny podpis studenta / doktoranta

**Wypełnia Wydział/ Szkoła Doktorska (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)**

1. Pan(i) jest studentem/doktorantem\* od dnia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ r.

➤ Wydział/Szkoła Doktorska\* :.....

➤ kierunek/dyscyplina\* :.....

➤ Tryb/forma studiów: .....  
(stacjonarne/niestacjonarne)

• nr albumu .....

➤ Planowany termin ukończenia studiów: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ r.

2. **O wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego** studenta lub doktorant Szkoły Doktorskiej w związku z uzyskaniem statusu absolwenta, ukończenia studiów doktoranckich lub skreślenia z listy studentów/doktorantów Szkoły Doktorskiej, **osoba odpowiedzialna na Wydziale lub w Szkole Doktorskiej powiadamia w terminie 7 dni od daty wygaśnięcia ubezpieczenia Dział Płac i Podatków.**

Białystok, dnia. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ r.

.....  
Podpis upoważnionego pracownika  
Wydziału/Szkoły Doktorskiej

\* Niepotrzebne skreślić