

Bydgoszcz, dnia

.....
(nazwisko) (imię)

.....
PESEL/Paszport (obcokrajowcy)

.....
(dyscyplina)

OŚWIADCZENIE DOKTORANTA SZKOŁY DOKTORSKIEJ UKW DO ZGŁOSZENIA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

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 zdrowotnym,
3. nie jestem zatrudniony/a na umowę zlecenie,
4. nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
5. nie mam ustalonego prawa do renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
6. nie mam ustalonego prawa do renty z ubezpieczenia społecznego,
7. nie jestem zarejestrowany/a w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna,
8. nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
9. 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 doktoranta składającego oświadczenie)

Oświadczam, że:

1. powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego (Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) za składanie fałszywych zeznań;
2. **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 Biuro ds. Stopni** o tym fakcie, **w terminie do 7 dni** od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

.....
(czytelny podpis doktoranta składającego oświadczenie)

