Kielce,………………………..

……………………………………………….

Imię i Nazwisko

……………………………………………….

Rok i kierunek studiów

……………………………………………...

Rodzaj studiów

…………………………………………..….

Numer albumu

……………………………………………..

Numer telefonu

**WNIOSEK**

Proszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego przez Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach.

Jednocześnie uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 233 § 1 KK - „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej studentów/doktorantów oświadczam, że:

1. ukończyłem/am 26 lat,
2. nie pracuję (umowa o pracę, umowa zlecenie),
3. nie pozostaję „na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej”,
4. zamieszkuję pod wskazanym poniżej adresem:

Ulica……………………………………………………………. nr domu…..……..nr lokalu………….……. miejscowość………………………………………. kod pocztowy…………………………………..……….

1. pobieram/nie pobieram emeryturę lub rentę (jeżeli tak proszę przedłożyć skan decyzji)\*,
2. posiadam/ nie posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeżeli tak proszę przedłożyć skan decyzji)\*.

Zobowiązuję się w ciągu 14 dni powiadomić Dział Spraw Studenckich i Doktoranckich
o wszelkich zmianach dotyczących mojego ubezpieczenia, tj.:

* złożenia egzaminu dyplomowego,
* rezygnacji ze studiów,
* skreślenia z listy studentów,
* podjęcia pracy – na umowę o pracę, bądź umowę zlecenia,
* zmianie stanu cywilnego

\*właściwe zaznaczyć

..………………………………………..

Podpis studenta/doktoranta