Kielce,………………………..

……………………………………………….

Imię i Nazwisko

……………………………………………….

Rok i kierunek studiów

……………………………………………...

Rodzaj studiów

…………………………………………..….

Numer albumu

……………………………………………..

Numer telefonu

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o wyrejestrowanie mnie\* oraz członków rodziny\* pozostających na moim wyłącznym utrzymaniu z ubezpieczenia zdrowotnego opłacanego przez Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko | Data urodzenia | Pesel | Stopień pokrewieństwa |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Oświadczam, że z dniem …………………… uzyskałam/em prawo do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu:

* Umowy o pracę
* Umowy zlecenie
* Zgłoszenia do ubezpieczenia przez członka rodziny
* Obrony pracy licencjackiej/magisterskiej/doktorskiej
* Inne…………………………………………………………………………………..............................................................................................................................................................................................................

\*niepotrzebne skreślić

..………………………………………..

Podpis studenta/doktoranta