

Łódź, dnia .....

Nazwisko	Imię	Nr albumu	PESEL
Adres zameldowania na pobyt stały		Adres korespondencyjny	
Kierunek studiów, rok rozpoczęcia	Poziom studiów ( <i>jednolite / I st./ II st .</i> )	Forma studiów ( <i>stacjonarne/ niestacjonarne</i> )	Rok studiów ( <i>1, 2, 3 ...</i> )
Nazwisko rodowe	Obywatelstwo	Adres e-mailowy	Nr telefonu kontaktowego

**I. Oświadczam, że:**

- 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 społecznym,
- nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie,
- nie pobieram świadczeń rentowych z ubezpieczenia społecznego,
- nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
- nie jestem zarejestrowany/a w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna,
- nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- 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.

**II. Oświadczam, że** zgłoszeni przeze mnie następujący członkowie mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (jednego z wymienionych w pkt. I) ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

Lp.	Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia

**III. Oświadczam, że niezwłocznie powiadomię Uczelnię, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu, w przypadku:**

1. zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowy, do ubezpieczenia zdrowotnego;
2. utraty statusu studenta (obrona pracy mgr., lic., rezygnacja ze studiów, skreślenie z listy studentów lub zaistnienia którejkolwiek z okoliczności wymienionych w pkt. I, a tym samym powstanie innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny.

.....  
(czytelny podpis)

\*niepotrzebne skreślić