

.....  
(nazwisko i imię)

Wrocław, dnia .....

.....  
.....  
(rok studiów i nazwa studium doktoranckiego  
stacjonarne, niestacjonarne\*)

ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY:

.....  
(województwo)

.....  
(kod pocztowy, miejscowość)

.....  
(ulica, nr domu, nr lokalu)

### **OŚWIADCZENIE DOKTORANTA UNIWERSYTETU WROCŁAWSKIEGO**

I. 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 społecznym,
3. nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie,
4. nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
5. nie pobieram stypendium sportowego,
6. nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
7. nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
8. nie jestem osobą bezrobotną,
9. nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
10. 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 (tekst jednolity: Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późniejszymi zmianami).

.....

(czytelny podpis doktoranta składającego oświadczenie)

II. Oświadczam, że zgłaszani przeze mnie 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.

L.p.	Nazwisko i imię	stopień pokrewieństwa	data urodzenia

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

III. Oświadczam, że 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 Uczelnię o tym fakcie w terminie do 5 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

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

IV. Oświadczam, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie do 5 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego tę zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

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

\* niepotrzebne skreślić

### **UWAGA!**

Zaświadczenie potwierdzające fakt opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne przez Uniwersytet Wrocławski wystawia pracownik Działu Spraw Studenckich UWr.