

Łódź, dnia

.....
(nazwisko i imię)

.....
student/doktorant

.....
Wydział.....

.....
Kierunek.....

.....
Rok studiów.....

OŚWIADCZENIE STUDENTA/DOKTORANTA UNIWERSYTETU ŁÓDZKIEGO

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 pozostaje 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.

II. Oświadczam, że zgłaszani 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 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 7 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

IV. Oświadczam, że, w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego te zmiany, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

.....
czytelny podpis studenta/doktoranta składającego oświadczenie

* niepotrzebne skreślić