Załącznik Nr 1 ..................................................................... Łódź, dnia ...........................................

(*nazwisko i imi*ę*)*

.....................................................................

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.

1. 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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. 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.
2. Oświadczam, że, w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Uczelnie o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego te zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

......................................................................................

*czytelny podpis studenta/doktoranta składającego oświadczenie*

\* niepotrzebne skreślić