Załącznik Nr 1

do Regulaminu

..................................................................... Wrocław, dnia ...........................................

*(nazwisko i imię)*

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

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

*(rok studiów i nazwa kolegium doktorskiego)*

ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY:

…………………………………………………………….…………………..

*(województwo)*

…………………………………………………………….…………………..

*(kod pocztowy, miejscowość)*

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

*(ulica, nr domu, nr lokalu)*

**I. Oświadczenie Doktoranta Uniwersytetu Wrocławskiego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ---------------------------------------------------------------------------------- | **TAK** | **NIE** |
| **I** | 1. Oświadczam, że posiadam prawo do emerytury. |  |  |
|  | 1. Oświadczam, że posiadam prawo do renty. |  |  |
|  | 1. Oświadczam, że posiadam ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności |  |  |
| **II** | Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym (dotyczy osób posiadających prawo do renty bądź emerytury) |  |  |
| **III** | Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym. |  |  |
| **IV** | Oświadczam, że posiadam inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, tj.:   1. podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka) 2. pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, prowadzę działalności gospodarczą objętą ubezpieczeniem społecznym 3. jestem zatrudniony na umowę zlecenie 4. pobieram świadczenia emerytalno-rentowe z ubezpieczenia społecznego 5. pobieram stypendium sportowe 6. pobieram rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej 7. jestem uprawniony do pobierania świadczenia alimentacyjnego 8. jestem osobą bezrobotną 9. jestem rolnikiem lub pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników 10. 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 2019 r., poz. 1373, z późniejszymi zmianami) |  |  |
| **V** | 1. Wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym mojego dziecka/małżonka/ wstępnych |  |  |
| **VI** | Oświadczam, że skutki prawne i finansowe błędnie wypełnionego oświadczenia lub niepoinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia w terminie 2 dni od daty powstania tych zmian obciążają mnie jako doktoranta. |  |  |
|  |  | | |

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

*(czytelny podpis doktoranta składającego oświadczenie)*

1. 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)*

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 Uniwersytet Wrocławski o tym fakcie w terminie do 2 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności   
   z tego tytułu.

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

*(czytelny podpis doktoranta składającego oświadczenie)*

1. Oświadczam, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Uniwersytet Wrocławski o tym fakcie w terminie do 2 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.