Załącznik Nr 3

do Regulaminu

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

(*nazwisko i imię)*

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

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

*(rok i nazwa kolegium doktorskiego)*

ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY:

……………………………………………………………………………………………..

*(województwo)*

……………………………………………………..……………………………………….

*(kod pocztowy, miejscowość)*

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

*(ulica, nr domu, nr lokalu)*

***Wniosek o wyrejestrowanie z ubezpieczeń***

Proszę o wyrejestrowanie z ubezpieczeń społecznych/ubezpieczeń społecznych   
i ubezpieczenia zdrowotnego/ubezpieczenia zdrowotnego\* opłacanego przez Uniwersytet Wrocławski. Oświadczam, że z dniem ……………….……………………………… moja sytuacja prawna uległa zmianie ze względu na:

* zawarcie umowy o pracę,
* zawarcie umowy zlecenie,
* uzyskanie prawa do renty,
* uzyskanie prawa do emerytury,
* zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny,
* uzyskania statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej,
* ukończenie 26 roku życia,
* inne:………………………………………………………………………………………………..…………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………

(podpis zgłaszającego)

\*niepotrzebne skreślić