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