**Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym**

Imię i nazwisko ....................................................................................................

Imię drugie .........................................................................................................

Nazwisko rodowe (dot. kobiet) ..........................................................................

Wydział ………………………………kierunek …………………. .... rok ……

forma studiów ......................................................................................................

Data i miejsce urodzenia ....................................................................................

Adres stałego zameldowania ulica…………………………………... nr ………

kod ……………….. miejscowość ……………………………………………..

gmina…………………………………………………….

Adres zamieszkania (jeśli jest inny niż adres zameldowania)

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

Nr Pesel (nr paszportu w przypadku cudzoziemców).........................................

Oddział i kod NFZ ..............................................................................................

e-mail lub tel. kontaktowy ..................................................................................

**1. Oświadczam, iż nie jestem zatrudniony/a na umowie cywilno-prawnej (zlecenia)**

**2. Oświadczam, że nie prowadzę działalności gospodarczej**

**3. Oświadczam, iż nie jestem na utrzymaniu współmałżonka i nie mam ubezpieczenia z tego tytułu**

**4. Oświadczam, iż nie jestem studentem/studentką innej uczelni i druga uczelnia nie płaci za mnie zdrowotnej składki ubezpieczeniowej**

**5. Oświadczam, iż nie odbywam stażu w Akademii (z Biura Karier), finansowanego ze środków unijnych**

**Przyjmuję do wiadomości, że jestem zobowiązany do zgłoszenia na piśmie wszelkich zmian w punktach niniejszego oświadczenia.**

Data wypełnienia i podpis ………………………………………………………………………………….