

Katowice, dnia.....

.....  
(nazwisko i imię)

.....  
(rok i kierunek studiów  
stacjonarne, niestacjonarne)  
ADRES ZAMIESZKANIA - MIEJSCE POBYTU:

.....  
(województwo)

.....  
(kod pocztowy, miejscowość)

.....  
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....  
(PESEL)

.....  
(NIP)

.....  
(Imiona Rodziców)

#### **OŚWIADCZENIE STUDENTA AKADEMII ŚLĄSKIEJ**

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 pozostaję 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.

.....  
(czytelny podpis studenta składającego oświadczenie)

---

II.

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.

L.p.

Nazwisko i imię  
stopień  
pokrewieństwa  
data urodzenia  
PESEL

.....  
(czytelny podpis studenta składającego oświadczenie)

III.

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.

.....  
(czytelny podpis studenta składającego oświadczenie)

IV.

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

.....  
(czytelny podpis studenta składającego oświadczenie)