

Toruń, dnia.....

**OŚWIADCZENIE DOKTORANTA O NIEPODLEGANIU OBOWIĄZKOWI UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
Z INNEGO TYTUŁU**

DANE OSOBOWE:

.....
(nazwisko) (imię/imiona)

.....
PESEL/Paszport(obcokrajowcy) Obywatelstwo (telefon kontaktowy)

.....
(nazwa szkoły doktorskiej) (rozpoczęcie studiów dzień, m-c, rok) (planowany koniec studiów m-c ,rok)

ADRES ZAMIESZKANIA:

.....
(kod pocztowy) (miejscowość) (ulica, nr domu/nr mieszkania)

.....
(gmina) (powiat) (województwo)

ADRES DO KORESPONDENCJI (GDY INNY NIŻ ZAMIESZKANIA):

.....
(kod pocztowy) (miejscowość) (ulica, nr domu/nr mieszkania)

.....
(gmina) (powiat) (województwo)

1. OŚWIADCZENIE DLA CELÓW UEBZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

1.1 Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

1.2 Oświadczam, że **NIE MAM** ukończone 26 lat i **jestem** objęty/a ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu*:

- ☐ stosunku pracy
- ☐ jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego opłacana jest składka (np. rodzica lub współmałżonka)
- ☐ umowy zlecenie
- ☐ pobierania świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego

- ☐ pobierania stypendium sportowego
- ☐ pobierania renty socjalnej, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej
- ☐ pobierania świadczeń alimentacyjnych
- ☐ posiadania statusu osoby bezrobotnej
- ☐ jako rolnik lub pracujący domownik rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników
- ☐ pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

1.3 Oświadczam, że **MAM** ukończone 26 lat i*:

- ☐ **nie jestem** objęty/a ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu
- ☐ **jestem** objęty/a ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu*:
 - ☐ stosunku pracy
 - ☐ jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę zdrowotną np. współmałżonek
 - ☐ umowy zlecenie
 - ☐ pobierania świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego
 - ☐ pobierania stypendium sportowego
 - ☐ pobierania renty socjalnej, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej
 - ☐ pobierania świadczeń alimentacyjnych
 - ☐ posiadania statusu osoby bezrobotnej
 - ☐ jako rolnik lub pracujący domownik rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników
 - ☐ pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

DOTYCZY/NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić, jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)

Oświadczam, że zgłaszani przeze mnie następujący członkowie mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (jednego z wymienionych w pkt. 1.3), ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

L.p.	Nazwisko	Imię	PESEL	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia
1.					
2.					
3.					
4.					

L.p.	Adres zamieszkania					Niepełnosprawność (stopień)*	Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym
	Ulica	Nr domu	Nr lok.	Kod poczt.	Miejscowość		
1.							
2.							
3.							
4.							

2. OŚWIADCZENIE DLA CELÓW UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO

WNOSZĘ/NIE WNOSZĘ (niewłaściwe przekreślić) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Oświadczam, że :

1. zapoznałem/am się z treścią zarządzenia Nr 139 Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika z dnia 1 września 2016 r. (Biuletyn Prawny UMK z 2016 r., poz. 316);
2. powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2020 r., poz. 1444 z późn. zm.) za składanie fałszywych zeznań;
3. w przypadku zaistnienia którejkolwiek okoliczności wymienionej w oświadczeniu, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię Uniwersytet o tym fakcie, w terminie 3 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu;
4. w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym powiadomię Uniwersytet o tym fakcie w terminie 3 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

.....
(czytelny podpis doktoranta składającego oświadczenie)

*właściwe zaznaczyć