**WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ CZŁONKA RODZINY UBEZPIECZONEGO PRZEZ UJ** [ ]  **STUDENTA** [ ]  **DOKTORANTA**

Dane studenta /doktoranta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym przez UJ:

|  |
| --- |
| Nr albumu/rejestru:Podaj nr albumu |
| **Nazwisko:**Wpisz nazwisko | **Imię:**Wpisz imię |
| Data urodzenia:Podaj datę urodzenia | Obywatelstwo:Wpisz obywatelstwo |
| PESEL:Podaj nr PESEL | Seria i nr paszportu (w przypadku obcokrajowców):Podaj nr i serię paszportu jeśli jesteś obywatelem innego kraju  |

Dane członków rodziny *(małżonek, dzieci)* zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko i Imię:**Nazwisko i imię osoby zgłaszanej do ubezpieczenia | Data urodzenia:Podaj datę urodzenia | Stopień pokrewieństwa:Wybierz stopień pokrewieństwa | Kod stopnianiepełnosprawnościWybierz jeśli dotyczy |
| PESEL:Podaj nr PESEL | Seria i nr paszportu\*: Podaj nr i serię paszporpaszportu jeśli dotyczy |
|  |  |
| **Nazwisko i Imię:**Nazwisko i imię osoby zgłaszanej do ubezpieczenia | Data urodzenia:Podaj datę urodzenia | Stopień pokrewieństwa:Wybierz stopień pokrewieństwa | Kod stopnianiepełnosprawnościWybierz jeśli dotyczy |
| PESEL:Podaj nr PESEL | Seria i nr paszportu\*: Podaj nr i serię paszporpaszportu jeśli dotyczy |
|  |  |
| **Nazwisko i Imię:** Podaj nr i serię paszporpaszportu jeśli dotyczy | Data urodzenia:Podaj datę urodzenia | Stopień pokrewieństwa:Wybierz stopień pokrewieństwa | Kod stopnianiepełnosprawnościWybierz jeśli dotyczy |
| PESEL: Podaj nr PESEL | Seria i nr paszportu\*: Podaj nr i serię paszporpaszportu jeśli dotyczy |

*\* w przypadku obcokrajowców*

*Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 k.k.\*), odpowiedzialności na podstawie art. 286 k.k.\*\* oraz dyscyplinarnej (art. 307 i 322 p.s.w.n.\*\*\*)*

***oświadczam, że:***

1. Zgłaszani przeze mnie do ubezpieczenia członkowie mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.
2. W przypadku powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby, bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię Dział Spraw Studenckich UJ w terminie 3 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.
3. W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Dział Spraw Studenckich UJ w terminie 3 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

Dział Spraw Studenckich UJ

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

 *(miejscowość i data) (czytelny podpis składającego wniosek)*

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ustawa z dnia 6 czerwiec 1997 r. kodeks karny (Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553)

\*art. 233 § 1: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

\*\*art. 286 § 1: „Kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzania własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce(Dz.U. z 2018 r., poz. 1668)

**\*\*\***art. 307.ust. 1. „Student podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie przepisów obowiązujących w uczelni oraz za czyn uchybiający godności studenta. ”

**\*\*\***art. 322. ust. 1. „Doktorant podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie przepisów obowiązujących w podmiocie prowadzącym szkołę doktorską oraz za czyn uchybiający godności doktoranta [...].”