**WNIOSEK  STUDENTA  DOKTORANTA**

**O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr albumu/rejestru:  Wpisz nr albumu/rejestru | | | Płeć  Wybierz | | Kod stopnia niepełnosprawności (jeżeli posiada)  Wybierz | | | |
| **Nazwisko:**  Wpisz nazwisko | | | | | Nazwisko rodowe (jeżeli posiada)  Wpisz nazwisko rodowe | | | |
| **Imiona:**  Wpisz imiona, zgodnie z dokumentem tożsamości | | | | | | | | |
| Data urodzenia:  Podaj datę urodzenia w formacie DD.MM.RRRR | | | Obywatelstwo:  Podaj obywatelstwo | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Adres zameldowania na pobyt stały** | Kod pocztowy:  Podaj kod pocztowy | | | | | | | |
| Miejscowość:  Wpisz nazwę miejscowość | | | | | | | | |
| Ulica:  Wpisz nazwę ulicy | | | | | | Nr domu:  Podaj numer domu | | Nr lokalu:  Podaj numer lokalu |
| Gmina:  Wpisz nazwę gminy | | Województwo:  Wpisz nazwę województwa | | | | | Państwo:  Wpisz nazwę państwa | |
|  | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania** *(jeżeli jest inny niż adres zameldowania)* | Kod pocztowy:  Podaj kod pocztowy | | | | | | | |
| Miejscowość:  Wpisz nazwę miejscowość | | | | | | | | |
| Ulica:  Wpisz nazwę ulicy | | | | | | Nr domu:  Podaj numer domu | | Nr lokalu:  Podaj numer lokalu |
| Gmina:  Wpisz nazwę gminy | | Województwo:  Wpisz nazwę województwa | | | | | Państwo:  Wpisz nazwę państwa | |
|  | | | | | | | | |
| **Adres do korespondencji** *(opcjonalnie)*:Wpisz adres do korespondencji jeśli jest inne niż wyżej wskazane. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **PESEL:**  Podaj numer PESEL | | | | **Seria i nr** paszportu (w przypadku obcokrajowców):  Podaj serię i numer paszportu jeśli jesteś obywatelem innego kraju niż Polska | | | | |
| **Oddział Wojewódzki NFZ** (w przypadku zmiany wymagane jest podanie adresu zamieszkania na terenie nowego oddziału):  Podaj oddział wojewódzki NFZ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Numer telefonu do kontaktu:  Podaj nr telefonu kontaktowego | | | | | | | | |

*Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 k.k.\* oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.*

Wprowadzić datę

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

*(data) (czytelny podpis składającego wniosek)*

**OŚWIADCZENIE**

*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. Utraciłem/am status osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z żadnego innego tytułu, a w szczególności:
   * nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub małżonka),
   * nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej,
   * nie jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenia,
   * nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
   * nie pobieram stypendium sportowego,
   * nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
   * nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
   * nie jestem zarejestrowany/a/ w Rejonowym Urzędzie Pracy, jako osoba bezrobotna,
   * nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
   * nie jestem ubezpieczony jako student / doktorant innego kierunku studiów na UJ lub innej uczelni.
2. W przypadku zaistnienia okoliczności wymienionych w punkcie 1, a tym samym powstania innego tytułu ubezpieczenia zdrowotnego powiadomię o tym fakcie Dział Spraw Studenckich w terminie do 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 w terminie 3 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.
4. Niezwłocznie poinformuję Dział Spraw Studenckich o fakcie utraty statusu studenta/doktoranta na skutek:
   * ukończenia studiów pierwszego stopnia, drugiego stopnia lub doktoranckich
   * skreślenia z listy studentów/doktorantów
5. W przypadku braku zgłoszenia wyrejestrowania w terminie (jeśli składki zostaną przekazana do ZUS za kolejny miesiąc) konieczne jest złożenie pisma z prośbą o wycofanie składek i dostarczenie go do Biura Działu Spraw Studenckich.

Miejscowość i bieżąca data

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

*(miejscowość i data) (czytelny podpis )*

Wyrażam zgodę na otrzymywanie raz w miesiącu pocztą elektroniczną na adres podany   
w USOS informacji potwierdzającej objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym oraz przypominającej   
o obowiązku wyrejestrowania z ubezpieczenia w przypadku powstania innego tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

Miejscowość i bieżąca data

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

*(miejscowość i data) (czytelny podpis)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 [...].”