

Załącznik nr 1
do Regulaminu zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego studentów i doktorantów
Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

.....
(nazwisko i imię)

Warszawa,
(data)

.....
(nr albumu, studia stacjonarne/niestacjonarne)

Proszę o objęcie mnie/ i członków mojej rodziny * ubezpieczeniem zdrowotnym zgodnie z obowiązującymi przepisami.

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 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenia)