**..................................................................** Wrocław, dnia ...........................................

(nazwisko i imię)

.....................................................................

(nr albumu)

**Kolegium Doktorskie Nauk Biologicznych**

rok rozpoczęcia kształcenia …………………………………

**ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY:**

…………………………………………………………….…………………..

(województwo)

…………………………………………………………….…………………..

(kod pocztowy, miejscowość)

.......................................................................

(ulica, nr domu, nr lokalu)

**OŚWIADCZENIE DOKTORANTA UNIWERSYTETU WROCŁAWSKIEGO
(DOTYCZY DOKTORANTÓW, KTÓRZY NIE POBIERAJĄ STYPENDIUM DOKTORANCKIEGO)**

1. Oświadczam, że:
2. nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
3. nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym,
4. nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie,
5. nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
6. nie pobieram stypendium sportowego,
7. nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
8. nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
9. nie jestem osobą bezrobotną,
10. nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
11. 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 doktoranta składającego oświadczenie)

II. Oświadczam, że zgłaszani przeze mnie 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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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 Uniwersytet Wrocławski o tym fakcie w terminie do 2 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

......................................................................................

(czytelny podpis doktoranta składającego oświadczenie)

IV. Oświadczam, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Uniwersytet Wrocławski o tym fakcie w terminie do 2 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego tę zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

......................................................................................

 (czytelny podpis doktoranta składającego oświadczenie)

\* niepotrzebne skreślić

**UWAGA!**

Zaświadczenie potwierdzające fakt zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego przez Uniwersytet Wrocławski wystawia pracownik Sekretariatu Szkoły Doktorskiej UWr.