**WNIOSEK O □ ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**□ ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH**

**DOKTORANTA AKADEMII MUZYCZNEJ**

**IM. KRZYSZTOFA PENDERECKIEGO W KRAKOWIE**

Organ zgłaszający: Akademia Muzyczna im. Krzysztofa Pendereckiego w Krakowie

Nazwisko i imię/imiona …………………………………………………………………………………………………………

Nazwisko rodowe ……………………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia (dd/mm/rrrr):……………………………………………………………………………………………….

Obywatelstwo …………………………………………………………………………………………………………………………

Płeć: □ kobieta □ mężczyzna

PESEL …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Seria i nr: □ dowodu osobistego…………………………………………………………………………………………….

□ paszportu\*……………………………………………………………………………………………………………………………

Oddział Wojewódzki NFZ…………………………………………………………………………………………………………

Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd/mm/rrrr)………………………………………………………

Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu):……………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu)\*\*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres do korespondencji (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu)\*\*\*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu do kontaktu………………………………………………………………………………………………………….

\* dotyczy obcokrajowców

\*\* wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu

\*\*\* wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisana/y, świadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji, wynikającej z art. 233 § 1Kodeksu Karnego, odpowiedzialności na podstawie art. 286 Kodeksu Karnego oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej, oświadczam, że:

1) Utraciłam/em status osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego innego tytułu, a w szczególności:

a) nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),

b) nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,

c) nie jestem zatrudniona/y na podstawie umowy zlecenia,

d) nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,

e) nie pobieram stypendium sportowego,

f) nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,

g) nie jestem uprawniona/y do pobierania świadczeń alimentacyjnych,

h) nie jestem zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna,

i) nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów
o ubezpieczeniu społecznym rolników,

j) nie jestem ubezpieczona/y jako doktorant na Akademii Muzycznej im. Krzysztofa Pendereckiego w Krakowie lub innej uczelni.

2) W przypadku zaistnienia okoliczności wymienionych w punkcie 1, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Biuro Szkoły Doktorskiej AMKP niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia tego faktu, składając pisemne oświadczenie o rezygnacji z kontynuowania ubezpieczenia zdrowotnego i opłacania za mnie składek przez Akademię Muzyczną im. Krzysztofa Pendereckiego
w Krakowie.

3) W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku powiadomię Biuro Szkoły Doktorskiej AMKP niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia tego faktu, poprzez złożenie wniosku.

…………………………………… …..……………………………………….

(miejscowość i data) (podpis doktoranta)