

Gdańsk, .....

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Nr albumu

.....  
stopień studiów

.....  
kierunek

.....  
rok studiów

.....  
tryb

.....  
e-mail, nr telefonu komórkowego

.....  
data wpływu do STS

**WNIOSEK STUDENTA /UCZESTNIKA STUDIÓW DOKTORANCKICH  
AKADEMII SZTUK PIĘKNYCH W GDAŃSKU  
O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ**

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL .....

Numer albumu ..... Seria i nr dowodu osobistego / paszportu .....

Obywatelstwo..... Narodowość .....

Numer umowy w NFZ .....

(wypełniają cudzoziemcy)

I. **Oświadczam**, że zgłoszeni przeze mnie następujący członkowie mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (jednego z wymienionych w pkt. IV) ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

Lp.	Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia

II. **Oświadczam**, że niezwłocznie powiadomię Dział Organizacji Toku Studiów ASP w Gdańsku, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu, w przypadku:

- zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego;
- utraty statusu studenta/doktoranta\* (obrona pracy mgr, lic. lub dr, rezygnacja ze studiów, skreślenie z listy studentów) lub zaistnienia którejkolwiek z okoliczności wymienionej w pkt. IV, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny.

III. **Nie\* posiadam** orzeczenia/e o ..... stopniu niepełnosprawności.

\* (niepotrzebne skreślić)

IV. **Oświadczam**, że utraciłem/am status osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego tytułu, a w szczególności:

- nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
- nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,
- nie jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenia/świadczenia usług,
- 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 Powiatowym Urzędzie Pracy, jako osoba bezrobotna,
- nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- nie jestem ubezpieczony jako student innego kierunku studiów na ASP w Gdańsku lub innej uczelni.

Przystępuję do wojewódzkiego oddziału NFZ w .....  
(właściwy dla miejsca zamieszkania)

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis Studenta

### OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI

Oświadczam, że rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Akademię Sztuk Pięknych w Gdańsku – płatnika składek z dniem .....

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis Studenta