

Gdańsk, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
stopień studiów

.....
kierunek

.....
rok studiów tryb

.....
e-mail

.....
nr telefonu komórkowego

.....
Data wpływu do Działu Kształcenia

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI
Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W NFZ
STUDENTA / DOKTORANTA* AKADEMII SZTUK PIĘKNYCH W GDAŃSKU**

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 §1 Kodeksu Karnego**), odpowiedzialności na podstawie (art. 286 Kodeksu Karnego***) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej:

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

Imię i nazwisko studenta / doktoranta / członka rodziny, którego dotyczy rezygnacja*

płatnika składek z dniem

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis studenta/doktoranta

* Zaznaczyć właściwe

** 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 do lat 3”

*** Art. 286: „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia 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”