**OŚWIADCZENIE**

Nazwisko ……………………………………………………………………………………………….

Imiona **1** ………………………………………… **2**……………………………………………………

Imię ojca ………………………………………. Imię matki ………………………………………….

Miejsce urodzenia …………………………….. Data ………………………………………………...

Nr PESEL ………………………………………………………………………………………………

**Adres** **zameldowania**: (kod poczt.) miejscowość ……………………………………………………..

Ulica ……………………………………………………………………………. nr d. …… nr m…….

**Adres** **zamieszkania**: (kod poczt.) miejscowość ………………………………………………………

Ulica ……………………………………………………………………………. nr d. …… nr m…….

**Oświadczam, że nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.**

**Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.**

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

Olsztyn, data ……………………………………. ………….…………………………………..

*(m-c słownie) (czytelny podpis)*

**Oświadczam, że w przypadku zmiany danych do ubezpieczenia zdrowotnego lub podjęcia pracy** (np. umowa o pracę, umowa zlecenie), **zobowiązuję się zgłosić do Dziekanatu Wydziału   
niezwłocznie, maksymalnie w terminie trzech (3) dni od daty zmiany stanu faktycznego**.

Olsztyn, data ……………………………………. ………….…………………………………..

*(m-c słownie) (czytelny podpis)*