**O Ś W I A D C Z E N I E S T U D E N T A / D O K T O R A N T A CM UMK**

…………………………………………………………………………………………………….

NAZWISKO I IMIĘ

……………………………… ………… dzienny, zaoczny, wieczorowy ………………. WYDZIAŁ/KIERUNEK ROK TRYB (niepotrzebne kreślić) NR ALBUMU

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. NIE MAM ORZECZONEJ GRUPY INWALIDZKIEJ - RENTA, NIE PODLEGAM OBOWIĄZKOWEMU UBEZPIECZENIU ZDROWOTNEMU Z INNEGO TYTUŁU,
2. BĘDĄC OBYWATELEM PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII EUROPEJSKIEJ NIE POSIADAM PRAWA DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO Z KRAJU POCHODZENIA,
3. POWYŻSZE DANE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ WYNIKAJĄCEJ Z ART. 233 § 1 KODEKSU KARNEGO (DZ. U. Z 1997R. NR 88, POZ. 553 Z PÓŹN. ZM.) ZA SKŁADANIE FAŁSZYWYCH ZEZNAŃ,
4. W PRZYPADKU POWSTANIA INNEGO TYTUŁU DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO, POWIADOMIĘ UCZELNIĘ O TYM FAKCIE, W TERMINIE DO 7 DNI OD DATY JEGO POWSTANIA, POD RYGOREM ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ Z TEGO TYTUŁU,
5. W PRZYPADKU ZMIANY DANYCH ZAWARTYCH W FORMULARZU ZGŁOSZENIOWYM DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO, POWIADOMIĘ UCZELNIĘ O TYM FAKCIE W TERMINIE DO 7 DNI OD DATY POWSTANIA ZMIANY LUB UZYSKANIA DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TĘ ZMIANĘ, POD RYGOREM ODPOWIEDZIALNOŚCI Z TEGO TYTUŁU.

Bydgoszcz, dnia……………………….. …………………………………………………………………………..

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)