

OŚWIADCZENIE RODZICA
(dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego dziecka)

1. Dane dotyczące ubezpieczającego (rodzica/prawnego opiekuna lub innej osoby)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL NIP dowód osobisty
(seria i numer)

Adres zamieszkania

2. Dane dotyczące dziecka

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL dowód osobisty/legit. szkolna
(seria i numer)

Adres zamieszkania

**3. Oświadczam, że moja córka/syn podlega
ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu:**

*) – zaznaczyć właściwe

- pozostawania w stosunku pracy rodzica (nazwisko, imię rodzica) (miejsce pracy, czas pracy: określony, nieokreślony)	TAK	NIE
- posiadania przez rodzica statusu bezrobotnego zarejestrowanego w Powiatowym Urzędzie Pracy (nazwisko, imię rodzica,)	TAK	NIE
- działalności rolniczej rodzica (ubezpieczenie w KRUS): (nazwisko, imię rodzica)	TAK	NIE
- ubezpieczenia przez członka rodziny posiadającego ubezpieczenie zdrowotne (np. z tytułu pobierania renty, emerytury, prywatnego ubezpieczenia) (nazwisko, imię członka rodziny, który ubezpieczył wychowanka)	TAK	NIE
- z innego tytułu, jakiego? (krótki opis)	TAK	NIE

Oświadczam, że:

- powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
- świadomy/-a jestem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

.....
data

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna