# **OŚWIADCZENIE DOKTORANTA**

**SZKOŁY DOKTORSKIEJ POLITECHNIKI POZNAŃSKIEJ**

..................................................................................................................... nr telefonu ..........................................

*/nazwisko i imię/*

adres zamieszkania: .................................................................................................................................................

 */miejscowość/ /kod/ /ulica, nr/*

PESEL  Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia..................(\*1)

PASZPORT *(seria i numer).....................................................(wypełniają osoby niebędące obywatelami RP)*

**Oświadczam, że:**

1. nie jestem 

 jestem 

 zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę

..........................................................................................................................................................................

 */nazwa zakładu pracy/*

 nie przebywam 

 przebywam 

 na urlopie bezpłatnym

…………………………………………………………………….

*/jeśli tak podać okres urlopu bezpłatnego /*

2. nie jestem objęty ubezpieczeniem zdrowotnym 

 jestem objęty ubezpieczeniem zdrowotnym  z tytułu:  prowadzenia pozarolniczej

 działalności gospodarczej

 umowy zlecenia

 zgłoszenia jako członek rodziny

 ubezpieczonego

 innego (podaj jaki to tytuł)…………….

3. nie jestem 

 jestem 

 emerytem/rencistą\*

4. nie posiadam 

 posiadam 

 orzeczenie o niepełnosprawności ……………………………………………………………………………..

*/jeśli tak podać stopień niepełnosprawności i okres obowiązywania orzeczenia/*

5. Składam wniosek 

 nie składam wniosku 

 o objęcie mnie **dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym**

O wszelkich zmianach, dotyczących informacji zawartych w niniejszym oświadczeniu, zobowiązuję się powiadomić pisemnie Dział Spraw Pracowniczych Politechniki Poznańskiej za pośrednictwem Szkoły Doktorskiej w terminie 5 dni od momentu zaistnienia zmian.

......................................................................

 */ DATA I PODPIS DOKTORANTA/*

\* niepotrzebne skreślić

# (\*1) Kody oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia

|  |  |
| --- | --- |
| **01R** | Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ we Wrocławiu |
| **02R** | Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Bydgoszczy |
| **03R** | Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ w Lublinie |
| **04R** | Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze |
| **05R** | Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ w Łodzi |
| **06R** | Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Krakowie |
| **07R** | Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ w Warszawie |
| **08R** | Opolski Oddział Wojewódzki NFZ w Opolu |
| **09R** | Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ w Rzeszowie |
| **10R** | Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ w Białymstoku |
| **11R** | Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Gdańsku |
| **12R** | Śląski Oddział Wojewódzki NFZ w Katowicach |
| **13R** | Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ w Kielcach |
| **14R** | Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki NFZ w Olsztynie |
| **15R** | Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Poznaniu |
| **16R** | Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Szczecinie |