

Sejny, dnia.....

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń:

Oświadczam, że **podlegam - nie podlegam\*** ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu (np. członkostwa w rodzinie osoby ubezpieczonej)

Określić rodzaj ubezpieczenia.....

**\*niepotrzebne skreślić**

Zgodnie z art.66 ust.1 pkt 24 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 ) obowiązkowo ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają bezrobotni **niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.**

.....  
podpis przyjmującego oświadczenie

.....  
podpis składającego oświadczenie

### Pouczenie:

Jeżeli utracę prawo do podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, zobowiązuje się do natychmiastowego zgłoszenia tego faktu w Powiatowym Urzędzie Pracy.