

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)  
.....

## OŚWIADCZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Oświadczam, że:

- 1) nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu\* ,
- 2) podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego tytułu\* :
  - a) podlegania obowiązkowi ubezpieczenia społecznego rolników z powodu posiadania lub pracy w gospodarstwie rolnym o powierzchni powyżej 1 ha przeliczeniowego,
  - b) podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu pobierania renty rodzinnej,
  - c) z innego tytułu (jakiego?).....

Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w złożonym oświadczeniu są prawdziwe.

Jednocześnie zobowiązuję się do powiadomienia powiatowego urzędu pracy o wszelkich zmianach dotyczących powyższego stanu faktycznego.

.....  
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

\*właściwe podkreślić

**POUCZENIE:** zgodnie z art. 66 ust. 1, pkt 24 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.