



**DANE OSOBOWE DO CELÓW UBEZPIECZENIOWYCH I EWIDENCYJNYCH
PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE, DRUKOWANYMI LITERAMI:**

1. Imiona i nazwisko:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Nazwisko rodowe:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Data urodzenia (dn./mc/rok)

.....

5. Narodowy Funduszu Zdrowia (Oddział)

6. Obywatelstwo

7. Adres zameldowania (z kodem pocztowym):

a) Kod pocztowy, miejscowość

b) Ulica, numer domu

c) Gmina

d) Powiat

e) Województwo

8. Posiadam stopień niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe):

€ NIE

€ TAK

Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK, należy wskazać stopień niepełnosprawności:

€ Lekki, przyznany na okres.....

€ Znaczny, przyznany na okres.....

€ Umiarkowany, przyznany na okres.....

9. Mam ustalone prawo do renty (zaznaczyć właściwe):

€ TAK

€ NIE

Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK, należy podać numer świadczenia.....

10. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam* status członka rodziny osoby ubezpieczonej.

Niniejsze oświadczenie jest złożone Płatnikowi stażu/praktyki w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.

.....
(data, czytelny podpis Ucznia)

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego
(w przypadku niepełnoletniego ucznia)

*niepotrzebne skreślić