Warszawa, dnia ………………….

……………………………………………………......

*(imię i nazwisko)*

………………….

*(nr albumu)*

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

* nie pozostaję w stosunku pracy,
* nie jestem zatrudniona(y) na umowę zlecenia,
* nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym lub zdrowotnym,
* nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę zdrowotną, np. współmałżonka, rodzica,
* nie pobieram świadczeń rentowych z ubezpieczenia społecznego,
* nie pobieram zasiłków z pomocy społecznej,
* nie jestem zarejestrowana/y w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna,
* nie jestem rolnikiem lub ich domownikiem w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
* nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Jestem świadoma/y, iż ponoszę pełną odpowiedzialność za zgodność treści złożonego oświadczenia ze stanem faktycznym\*

*\* Zgodnie z art. 75 § 2. Kodeksu postępowania administracyjnego, jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania. (tj. Dz. U. Nr 98, poz. 1071 z 2000 r. z późn. zm.)*

*„Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” - art.233 KK (Dz. U. Nr 88, poz. 533 z 1997 r. z póżn. zm.)*

**……………………………………………**

*(czytelny podpis)*

**Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia pracowników Szkoły doktorskiej SGGW   
w Warszawie w przypadku:**

* utraty statusu doktoranta

(obrona pracy doktorskiej, ukończenie studiów doktoranckich, rezygnacja ze studiów, skreślenie z listy doktorantów)

* zaistnienia którejkolwiek z okoliczności wymienionych powyżej, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny,
* zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego.

**……………………………………………**

*(czytelny podpis)*