

Powiatowy Urząd Pracy w Końskich

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres

.....

Pesel

Wniosek o wyłączenie członków rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego

Proszę o wyłączenie z ubezpieczenia zdrowotnego członków mojej rodziny pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym:

I. Współmałżonka.....,ur.

Zamieszkały.....

Pesel....., z powodu

II. Dzieci:

1., ur.

Zamieszkały.....

Pesel....., z powodu

2., ur.

Zamieszkały.....

Pesel....., z powodu

3., ur.

Zamieszkały.....

Pesel....., z powodu

Wniosek składam pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego: „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 od 6 miesięcy do lat 8”

.....

Data i podpis