

.....
Imię i nazwisko

**Powiatowy Urząd Pracy
w Końskich**

.....
Adres

.....
Pesel

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a pouczoney/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam:

1. Posiadam inny tytuł ubezpieczenia zdrowotnego **TAK** **NIE**

.....
/ z tytułu: renty rodzinnej, obowiązkowego lub dobrowolnego ubezpieczenia rolników, posiadania uprawnień do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej, lub prawomocnego orzeczenia sądu – nie dotyczy pobierania alimentów na dzieci/

2. Nie posiadam innego tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków mojej rodziny pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym:

I. Współmałżonka , ur.

Zamieszkały

Pesel.....

II. Dzieci:

1.ur.

Zamieszkały

Pesel , uczy się w

2.ur.

zamieszkały

Pesel , uczy się w

3.ur.

zamieszkały

Pesel , uczy się w

Oświadczenie składam pouczoney/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