

OŚWIADCZENIE – WYŁĄCZENIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

..... PESEL
(Imię i Nazwisko)

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

I. Współmałżonka.....PESEL.....

Zamieszkały
z powodu.....
od dnia.....

II. Dzieci:

1.PESEL.....

Zamieszkały
z powodu.....
od dnia.....

2.PESEL.....

zamieszkały
z powodu.....
od dnia.....

3.PESEL.....

zamieszkały
z powodu.....
od dnia.....

„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Oświadczam, że zostałem
pouczony o warunkach zachowania statusu bezrobotnego oraz o przysługujących mi prawach i obowiązkach
wynikających z ustawy oraz o formach pomocy określonych w ustawie.”

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie