

OŚWIADCZENIE

Do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszam następujących członków rodziny pozostających na moim wyłącznym utrzymaniu:

Nazwisko i imię	Adres zamieszkania	Stopień pokrewieństwa	Data ur. (dzień, m-c, rok)	Numer PESEL	Stopień niepełnosp.

Oświadczam, że dziecko/ dzieci* zgłoszone do ubezpieczenia kontynuuje/ nie kontynuuje* nauki.
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
O wszelkich zmianach danych osobowych oraz danych zawartych w oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy.

nazwisko i imię

numer PESEL

adres

podpis bezrobotnego

* niepotrzebne skreślić