

Międzychód. dn.....

.....
imię i nazwisko

.....
data urodzenia lub PESEL

.....
adres
.....

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam co następuje:

I) ” Zgodnie z art. 66 ust. 1 pkt 24 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 1285 ze zmianami) oświadczam, że

1) **Posiadam*** / **nie posiadam*** inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego

.....
W związku z powyższym proszę o **zgłoszenie*** / **nie zgłoszenie*** mnie do ubezpieczenia zdrowotnego jako osoby bezrobotnej od dnia

2) **Jestem zgłoszony/a do Wielkopolski Oddział Wojewódzki w Poznaniu (15R)***
lub inny

Jednocześnie zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Międzychodzie o wszelkich zmianach dotyczących mojego ubezpieczenia zdrowotnego tj. o możliwości ubezpieczenia z innego tytułu lub o obowiązku zgłoszenia do ubezpieczenia przez PUP w Międzychodzie w związku z brakiem takiego tytułu.”

II) „ Oświadczam, iż korzystam/nie korzystam* ze świadczeń pomocy społecznej.”

III) „ Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie w trakcie rejestracji dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz zostałem pouczone o warunkach zachowania statusu bezrobotnego/poszukującego pracy”.

Powyższe oświadczenia składam pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 z 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 do lat 3”.

* Niepotrzebne skreślić

.....
podpis pracownika

.....
podpis osoby składającej oświadczenie