*DANE OSOBOWE DO CELÓW UBEZBIECZENIOWYCH I EWIDENCYJNYCH*
***PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI:***

1. Imiona i nazwisko:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

2. Nazwisko rodowe:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

3. Numer PESEL:

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

4. Data urodzenia (dn./mc/rok)
……
5. Narodowy Funduszu Zdrowia (Oddział) ……
6. Obywatelstwo ……
7. Adres zameldowania (z kodem pocztowym):
   α) Kod pocztowy, miejscowość ……
   β) Ulica, numer domu ……
   χ) Gmina ……
   δ) Powiat ……
   ε) Województwo ……
8. Posiadam stopień niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe):
   - NIE
   - TAK

Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK, należy wskazać stopień niepełnosprawności:

- Lekki, przyznany na okres……
- Znaczny, przyznany na okres……
- Umiarkowany, przyznany na okres……

9. Mam ustalone prawo do renty (zaznaczyć właściwe):
   - TAK
   - NIE

Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK, należy podać numer świadczenia……

10. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam* status członka rodziny osoby ubezpieczonej.

**Niniejsze oświadczenie jest złożone Płatnikowi stażu/praktyki w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.**

……
(data, czytelny podpis Ucznia)

**niepotrzebne skreślić*

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego
(w przypadku niepełnoletniego ucznia)

**niepotrzebne skreślić*