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):
   a) Kod pocztowy, miejscowość ……
   b) Ulica, numer domu ……
   c) Gmina ……
   d) Powiat ……
   e) 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)

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

**niepotrzebne skreślić*