Sandomierz ....................................

..............................................................

 **/ imię i nazwisko /**

..............................................................

..............................................................

 **/ adres zamieszkania /**

#### O Ś W I A D C Z E N I E

 Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej ze składania nieprawdziwych zeznań lub zatajenia prawdy (art.233 §1 KK) oświadczam, iż nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

 Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego n/w członków mojej rodziny, ponieważ nie posiadają innego tytułu do ubezpieczenia, prócz tytułu członkostwa w rodzinie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko członka rodziny** | **Pokrewieństwo** | **Data****urodzenia** | **Adres** **zamieszkania** | **PESEL** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Sandomierzu
o wszelkich zmianach zawartych w niniejszym oświadczeniu.

 .................................................

 **/podpis osoby rejestrującej się/**

 .............................................................

 **/data i podpis pracownika**

 **przyjmującego oświadczenie/**