

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia .....

Miejsce urodzenia .....

Imiona rodziców .....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji.....

PESEL..... NIP.....

Urząd Skarbowy .....

### O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym zaświadczam że:

1. *jestem studentem - uczniem\* TAK-NIE\** ..... roku - klasy\* .....

.....

*/nazwa uczelni - szkoły\*/*

2. *jestem emerytem - rencistą\* TAK-NIE\**

.....  
*/nr decyzji o przyznaniu emerytury - renty\*/*

*stopień niesprawności* .....

3. *jestem zatrudniony/a TAK-NIE\**

w .....

*/nazwa zakładu pracy/*

*wymiar czasu pracy* .....

*osiągam co najmniej wynagrodzenie zasadnicze TAK-NIE\**

---

5. *chcę zostać objętym/tą dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu tylko umowy - zlecenia TAK-NIE\**.

6. *prowadzę działalność gospodarczą TAK-NIE\**

*/jeśli tak-proszę wpisać zakres działalności/*

---

\* - *niepotrzebne skreślić*

.....  
*/podpis składającego  
oświadczenie/*