

**OŚWIADCZENIE O WYSKOŚCI SKŁADEK**

**NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

*Załącznik nr 4 Regulaminu przyznawania świadczeń pomocy materialnej dla studentów Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości*

*im. Ks. K. Kujawskiego w Inowrocławiu – rok akademicki 2023/2024*

**OŚWIADCZENIE** DO CELÓW STYPENDIALNYCH
O **WYSOKOŚCI SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**
W ROKU KALENDARZOWYM POPRZEDZAJĄCYM OKRES ZASIŁOWY

|  |
| --- |
| **I: DANE OSOBOWE STUDENTA** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nr albumu |  |  |  |  |  |  |

 Wydział \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Kierunek\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok studiów \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

semestr studiów \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  Studia: niestacjonarne  |

 Adres: ­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **II: OŚWIADCZENIE W POSTĘPOWANIU O ŚWIADCZENIA POMOCY MATERIALNEJ NA ROK AKADEMICKI 2022/2023** |

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(członka rodziny)

Oświadczam, że w roku kalendarzowym/miesiącu\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne

wyniosła \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł \_\_\_\_\_ gr.

\* wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne w skali miesiąca wpisać należy tylko w przypadku obliczania dochodu bieżącego przy ustalaniu samodzielności finansowej, w pozostałych przypadkach należy uwzględnić rok kalendarzowy

Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielanie za złożenie fałszywego oświadczenia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Inowrocław, data podpis osoby składającej oświadczenie

|  |
| --- |
| **III: WYPEŁNIA PRACOWNIK DZIEKANATU**  |

|  |  |
| --- | --- |
| UWAGI: |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data złożenia oświadczenia, podpis i pieczątka pracownika |