Katowice, ……………………..

*(data)*

Imię i nazwisko……………………………….

Data urodzenia………………………………

**OŚWIADCZENIE**

**O POSIADANIU OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań z art. 233 §1 Kodeksu Karnego (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1138) oświadczam, że:

* posiadam ważne ubezpieczenie medyczne na wypadek kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków na okres kształcenia w Polsce na kwotę co najmniej 30 000 euro,

*Numer i data ważności polisy: ……………………………………………………………..*

*Nazwa Towarzystwa Ubezpieczeń: ……………………………………………………..….*

* posiadam Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego,
* przystąpiłam/przystąpiłem do ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia,
* posiadam inne ubezpieczenie medyczne ważne przez okres kształcenia, pokrywające wszelkie wydatki, które mogą wyniknąć z powodów medycznych podczas pobytu   
  w Polsce (jakie?) ……………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

oraz zobowiązuję się do każdorazowego informowania Uniwersytetu o wszelkich zmianach dotyczących powyższych danych.

Informuję, że w przypadku zdarzeń losowych, w szczególności wypadku lub choroby osobą upoważnioną do kontaktu jest ……………………………………………………………………….

numer telefonu …………………………………. adres e-mail ……………………………………..

(podpis kandydata)