Katowice, ……………………..

*(data/date)*

Imię i nazwisko……………………………….

*(Name and surname)*

Data urodzenia………………………………

*(Date of birth)*

**OŚWIADCZENIE**

**O POSIADANIU OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

***(DECLARATION OF OBLIGATORY HEALTH INSURANCE)***

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań z art. 233 §1 Kodeksu Karnego (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1950, z późn. zm.) oświadczam, że:

(*Being aware of criminal liability for giving false testimony arising under Art. 233 (1) of the Penal Code of June 6, 1997 (Journal of Laws of 2019, item 1950, as amended), I hereby declare that:)*

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

*(I have a valid personal accident insurance that covers potential medical expenses for the duration of my education in Poland, for an amount of* ***at least*** *30,000 Euro,)*

* posiadam Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego,

*(I have the European Health Insurance Card (EHIC))*

* przystąpiłam/przystąpiłem do ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia,

*(I have signed for the voluntary health insurance in the National Health Fund (Narodowy Fundusz Zdrowia))*

* posiadam inne ubezpieczenie medyczne ważne przez okres kształcenia, pokrywające wszelkie wydatki, które mogą wyniknąć z powodów medycznych podczas pobytu   
  w Polsce (jakie?) …………………………………………………

*(I have another medical insurance valid for the period of my studies, covering any medical expenses that may arise during my stay in Poland (please specify which))*

…………………………………………………………..

(podpis kandydata)

*(signature of the candidate*)