|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………………... |  | …………………………………………………... |
| (Imię i Nazwisko rodzica / opiekuna prawnego) |  | Miejscowość i data |
| …………………………………………………... |  |  |
| …………………………………………………... |  |  |
| (Adres stałego zamieszkania) |  |  |

**WNIOSEK**

**o zgłoszenie przez szkołę ucznia do ubezpieczenia zdrowotnego**

 Zwracam się z prośbą o zgłoszenie mojego/mojej syna/córki, który/która jest uczniem/uczennicą I Liceum Ogólnokształcącego im. Tarasa Szewczenki w Białym Borze.

DANE DZIECKA:

**Nazwisko i imię –** …………………………………………………………….

**PESEL/nr paszportu –** ………………………………………………………

**Data i miejsce urodzenia -** …………………………………………………..

OŚWIADCZAM:

1. Nie jestem obywatelem państwa członkowskiego UE.
2. Nie posiadam karty Polaka.
3. Nie jestem zatrudniony na terenie RP.
4. Nie podlegam na terenie RP ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.
5. Dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
6. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia dyrektora szkoły w przypadku zmiany danych umieszczonych w powyższym wniosku.
7. **Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

 ……………………………………

(podpis)