

## OŚWIADCZENIE

do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego osoby pobierającej stypendium sportowe

Ja, niżej podpisany (-a) .....

PESEL .....

**oświadczam, że w terminie pobierania stypendium ukończyłem (-am)/nie ukończyłem (-am) 15 lat\* oraz (zaznaczyć znakiem X właściwe pole):**

- jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem ( w systemie studiów dziennych, wieczorowych, zaocznych lub eksternistycznych) i **nie podlegam** ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.
- jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem ( w systemie studiów dziennych, wieczorowych, zaocznych lub eksternistycznych) i jednocześnie **podlegam** obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.
- nie uczę się i **podlegam** ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z innego tytułu.
- nie uczę się i **nie podlegam** ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z innego tytułu.
- nie uczę się i mam uprawnienia do renty inwalidzkiej, z której opłacana jest składka zdrowotna.

**Powyższe oświadczenie jest zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy (-a) odpowiedzialności karnej za zeznawanie nieprawdy lub zatajanie prawdy. Jednocześnie oświadczam, iż o zmianach w stosunku do stanu faktycznego wynikającego z oświadczenia zawiadomię płatnika przed wypłatą stypendium za miesiąc, w którym zaszła zmiana.**

Tel. Kontaktowy .....

.....  
data i podpis stypendysty

\* - niepotrzebne skreślić