Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 7 /2021 Rektora PW

**Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym
studenta/doktoranta Politechniki Warszawskiej**

Podstawowa jednostka organizacyjna/szkoła doktorska\*:……………………………………………………….

Nr albumu ………………….…………………………….. Student /Doktorant\*

Nazwisko ……………………………………………………………………………………

Imiona ……………………………………………………………………………………

PESEL ……………………………………… Data urodzenia………………………….

Kobieta/Mężczyzna\*

Obywatelstwo\*\* …………………………..…………………………………………………..

Seria i numer paszportu\*\* …………………………….………………………………………………………

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

Oddział NFZ…………………………………………………………………………………….

 Jestem rencistą

 Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu lekkim / umiarkowanym / znacznym\*

**Proszę o objęcie mnie obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.**

**Oświadczam, że nie posiadam innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.**

Oświadczam, że zawarte we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.
Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Politechniki Warszawskiej o wszelkich zmianach mających wpływ na ubezpieczenie.

Przyjmuję do wiadomości, że Politechnika Warszawska wyrejestruje mnie z ubezpieczenia zdrowotnego od dnia następnego po ukończeniu przeze mnie studiów/kształcenia na studiach doktoranckich/w szkole doktorskiej lub skreślenia z listy studentów/doktorantów.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej RODO, dostępnej w dziekanacie, Dziale Obsługi Doktorantów oraz na stronie internetowej Działu Płac [www.ca.pw.edu.pl/Kanclerz/Z-ca-Kanclerza-Kwestor/Dzial-Plac/Dokumenty-do-pobrania](http://www.ca.pw.edu.pl/Kanclerz/Z-ca-Kanclerza-Kwestor/Dzial-Plac/Dokumenty-do-pobrania)

……………………… …………………………
 data podpis

\*) niepotrzebne skreślić

\*\*) dotyczy osób nie posiadających nr PESEL