



**OŚWIADCZENIE DO CELÓW STYPENDIALNYCH  
O WYSOKOŚCI SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE  
W ROKU AKADEMICKIM 2017/2018**

**I: DANE OSOBOWE DOKTORANTA**

Nazwisko i imię **doktoranta**: \_\_\_\_\_ Nr albumu 

--	--	--	--

Wydział: \_\_\_\_\_

Dziedzina/dyscyplina: \_\_\_\_\_ Rok studiów: \_\_\_\_\_

Studia:  stacjonarne  niestacjonarne

Adres do korespondencji: \_\_\_\_\_

**II: OŚWIADCZENIE W POSTĘPOWANIU O ŚWIADCZENIA POMOCY MATERIALNEJ W ROKU AKADEMICKIM 2017/2018**

Nazwisko i imię: \_\_\_\_\_

Oświadczam, że w roku kalendarzowym/miesiącu\* \_\_\_\_\_ wysokość **9%** składki na ubezpieczenie zdrowotne

wyniosła: \_\_\_\_\_ zł \_\_\_\_\_ gr.

\* wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne 9 % w skali miesiąca wpisać należy w przypadku obliczania dochodu bieżącego, w pozostałych przypadkach należy uwzględnić rok kalendarzowy

**Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 23 ust. 5c ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U.2016.1518 t.j. ze zm.)).**

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis osoby składającej oświadczenie

**III: WYPEŁNIA PRACOWNIK**

UWAGI:

\_\_\_\_\_  
data złożenia oświadczenia, podpis i pieczęć pracownika