

Toruń, dnia.....

**OŚWIADCZENIE DLA CELÓW UBEZPIECZENIOWYCH  
DOKTORANTA W SZKOLE DOKTORSKIEJ**

**DANE OSOBOWE:**

.....  
(nazwisko) (imię/imiona)

.....  
PESEL/Paszport(obcokrajowcy) Obywatelstwo (telefon kontaktowy)

.....  
(nazwa szkoły doktorskiej) (rozpoczęcie studiów dzień, m-c, rok) (planowany koniec studiów m-c ,rok)

**ADRES ZAMIESZKANIA:**

.....  
( kod pocztowy) ( miejscowość) (ulica, nr domu/nr mieszkania)

.....  
(gmina) ( powiat) ( województwo)

**ADRES DO KORESPONDENCJI ( GDY INNY NIŻ ZAMIESZKANIA):**

.....  
( kod pocztowy) ( miejscowość) (ulica, nr domu/nr mieszkania)

.....  
(gmina) ( powiat) ( województwo)

**1. OŚWIADCZENIE DLA CELÓW UEBZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**1.1 Prawo do renty:**

nie  
 tak [ ] z tyt. niezdolności do pracy [ ] wypadkowa [ ] rodzinna

.....  
(Nr świadczenia ) (do kiedy przyznana )

**1.2 Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności :**

nie  
 tak .....  
(przyznane do)

