

.....  
imię i nazwisko

Siemianowice Śl., dn. ....

.....  
data urodzenia

Z dniem ..... wnioskuję o **zgłoszenie do ubezpieczenia** zdrowotnego następujących członków rodziny (do 16 roku życia):

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
podpis osoby bezrobotnej

UWAGA: Z chwilą ukończenia 18 roku życia, dziecko traci ubezpieczenie zdrowotne. Dalsze ubezpieczenie zdrowotne możliwe jest po przedłożeniu zaświadczenia o kontynuacji nauki. Wobec powyższego zobowiązuję się do dostarczenia zaświadczenia o kontynuacji nauki obecnie oraz w każdym kolejnym roku szkolnym (zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następuje od dnia dostarczenia powyższego zaświadczenia). O przerwaniu lub zakończeniu nauki niezwłocznie zawiadomię tut. Urząd.

Na podstawie art. 6 ust 1 litera a ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka / podopiecznego w przedmiocie ubezpieczenia zdrowotnego.

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych dostępna na stronie:  
<http://siemianowiceslaskie.praca.gov.pl/urząd/ochrona-danych-osobowych>

.....  
imię i nazwisko

Siemianowice Śl., dn. ....

.....  
data urodzenia

Z dniem ..... wnioskuję o **zgłoszenie do ubezpieczenia** zdrowotnego następujących członków rodziny (powyżej 16 roku życia):

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
podpis osoby bezrobotnej

UWAGA: Z chwilą ukończenia 18 roku życia, dziecko traci ubezpieczenie zdrowotne. Dalsze ubezpieczenie zdrowotne możliwe jest po przedłożeniu zaświadczenia o kontynuacji nauki. Wobec powyższego zobowiązuję się do dostarczenia zaświadczenia o kontynuacji nauki obecnie oraz w każdym kolejnym roku szkolnym (zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następuje od dnia dostarczenia powyższego zaświadczenia). O przerwaniu lub zakończeniu nauki niezwłocznie zawiadomię tut. Urząd.

Na podstawie art. 6 ust 1 litera a ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w przedmiocie ubezpieczenia zdrowotnego.

.....  
imię i nazwisko osoby ubezpieczonej

.....  
podpis osoby ubezpieczonej

.....  
imię i nazwisko osoby ubezpieczonej

.....  
podpis osoby ubezpieczonej

.....  
imię i nazwisko osoby ubezpieczonej

.....  
podpis osoby ubezpieczonej

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych dostępna na stronie:  
<http://siemianowiceslaskie.praca.gov.pl/urząd/ochrona-danych-osobowych>

.....  
imię i nazwisko

Siemianowice Śl., dn. ....

.....  
data urodzenia

Z dniem ..... wnioskuję o **wyrejestrowanie**  
z ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
podpis osoby bezrobotnej