**Załącznik nr 3A**

do „Regulaminu ustalania wysokości, przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej

dla doktorantów Uniwersytetu Śląskiego”

*­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*..........................................................*

*(imię i nazwisko)*

**OŚWIADCZENIE**

**DOKTORANTA ORAZ CZŁONKÓW JEGO RODZINY**

**O WYSOKOŚCI SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

**W OKRESIE OBLICZENIOWYM**

Oświadczam, że w okresie obliczeniowym ……….. wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne wyniosła …………………………….zł …………… gr.

***Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.***

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

(miejscowość, data) *(podpis osoby składającej oświadczenie)*