

ДЕКЛАРАЦИЯ

за здравно осигуряване на учащите се във висши училища съгласно
чл. 40,(3), т 2 от Закона за здравно осигуряване

Подписания.....

курс/докторант....., спец.

фак. номер:....., живущ в гр./(с).....

ул./ж.к....., бл....., вх.....,ет.....,ап.....

ЕГН:....., тел:.....

ДЕКЛАРИРАМ

1. ПОЛУЧАВАМ / НЕ ПОЛУЧАВАМ – доходи от трудова дейност;
2. ПОЛУЧАВАМ / НЕ ПОЛУЧАВАМ – пенсия;
3. ПОЛУЧАВАМ / НЕ ПОЛУЧАВАМ – други доходи, върху които се дължат здравноосигурителни вноски по реда на чл. 40,(1) от Закона за здравно осигуряване
4. До на настоящия момент СЪМ / НЕ СЪМ здравно осигуряван/а, чрез

.....
(Висши училища, самоосигуряващи се, работодател, средно училище, БА)

**ЗАДЪЛЖАВАМ СЕ ПРИ ПРОМЯНА НА ДЕКЛАРИРАНИТЕ ОБСТОЯТЕЛСТВА,
В ТРИ (3) ДНЕВЕН СРОК ДА ПОПЪЛНЯ И ПОДАМ НОВА ДЕКЛАРАЦИЯ**

(при започване на работа, смърт на родител, получаване на хонорари, смяна на форма на обучение, отписване от Висшето училище.)

**УВЕДОМЕН СЪМ, ЧЕ ВАЛИДНОСТТА НА ДЕКЛАРАЦИЯТА Е ЕДНА УЧЕБНА
ГОДИНА, ВКЛЮЧИТЕЛНО И ПРЕЗ ЛЕТНИТЕ МЕСЕЦИ.**

ВАЖНО!

ПРИ ЗАПОЧВАНЕ НА РАБОТА, СЕ ЗАДЪЛЖАВАМ ДА ПРЕДОСТАВЯ В ТРИ (3)
ДНЕВЕН СРОК ДЕКЛАРАЦИЯ, ЧЕ ЗАПОЧВАМ РАБОТА И ВИСШЕТО УЧИЛИЩЕ
НЯМА ДА ПОЕМЕ МОИТЕ ЗДРАВНО ОСИГУРОВКИ, А РАБОТОДАТЕЛЯТ МИ.

Известно ми е, че за неверни данни нося наказателна отговорност по чл.313 от НК.

Дата:.....

Подпис на студент:

Проверил:

Документа се подава в 307 МФ при инспектор СЗО.

ДЕКЛАРАЦИЯ

за здравно осигуряване на учащите се във висши училища съгласно
чл. 40,(3), т 2 от Закона за здравно осигуряване

Подписания.....

курс/докторант....., спец.

фак. номер:....., живущ в гр./(с).....

ул./ж.к....., бл....., вх.....,ет.....,ап.....

ЕГН:....., тел:.....

ДЕКЛАРИРАМ

1. ПОЛУЧАВАМ / НЕ ПОЛУЧАВАМ – доходи от трудова дейност;
2. ПОЛУЧАВАМ / НЕ ПОЛУЧАВАМ – пенсия;
3. ПОЛУЧАВАМ / НЕ ПОЛУЧАВАМ – други доходи, върху които се дължат здравноосигурителни вноски по реда на чл. 40,(1) от Закона за здравно осигуряване
4. До на настоящия момент СЪМ / НЕ СЪМ здравно осигуряван/а, чрез

.....
(Висши училища, самоосигуряващи се, работодател, средно училище, БА)

**ЗАДЪЛЖАВАМ СЕ ПРИ ПРОМЯНА НА ДЕКЛАРИРАНИТЕ ОБСТОЯТЕЛСТВА,
В ТРИ (3) ДНЕВЕН СРОК ДА ПОПЪЛНЯ И ПОДАМ НОВА ДЕКЛАРАЦИЯ**

(при започване на работа, смърт на родител, получаване на хонорари, смяна на форма на обучение, отписване от Висшето училище.)

**УВЕДОМЕН СЪМ, ЧЕ ВАЛИДНОСТТА НА ДЕКЛАРАЦИЯТА Е ЕДНА УЧЕБНА
ГОДИНА, ВКЛЮЧИТЕЛНО И ПРЕЗ ЛЕТНИТЕ МЕСЕЦИ.**

ВАЖНО!

ПРИ ЗАПОЧВАНЕ НА РАБОТА, СЕ ЗАДЪЛЖАВАМ ДА ПРЕДОСТАВЯ В ТРИ (3)
ДНЕВЕН СРОК ДЕКЛАРАЦИЯ, ЧЕ ЗАПОЧВАМ РАБОТА И ВИСШЕТО УЧИЛИЩЕ
НЯМА ДА ПОЕМЕ МОИТЕ ЗДРАВНО ОСИГУРОВКИ, А РАБОТОДАТЕЛЯТ МИ.

Известно ми е, че за неверни данни нося наказателна отговорност по чл.313 от НК.

Дата:.....

Подпис на студент:

Проверил:

Документа се подава в 307 МФ при инспектор СЗО.

ДЕКЛАРАЦИЯ

за здравно осигуряване на учащите се във висши училища съгласно
чл. 40,(3), т 2 от Закона за здравно осигуряване

Подписания.....

курс/докторант....., спец.

фак. номер:....., живущ в гр./(с).....

ул./ж.к....., бл....., вх....., ет....., ап.....

ЕГН:....., тел:.....

Съгласен/на съм Технически университет – Варна да съхранява и обработва личните ми данни, съгласно разпоредбите на Закон за защита на личните данни и Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27.04.2016 – относно защита на физическите лица във връзка с обработката на лични данни.

Давам съгласие за обработване на личните ми данни за следните цели:

- Обработка на документи при подаване на документи за здравно осигуряване на учащите се във висши училища съгласно чл. 40,(3), т 2 от Закона за здравно осигуряване

- Обработка на документи за здравно осигуряване на учащите се във висши училища съгласно чл. 40,(3), т 2 от Закона за здравно осигуряване

Запознат/а съм с:

- Целта и средствата за обработка на личните ми данни;
- Правото да оттегля съгласието си по всяко време, като оттеглянето на съгласието не засяга законосъобразността на обработването, основано на дадено съгласие преди неговото оттегляне;
- Доброволния характер на предоставянето на данните;
- Правото на достъп, коригиране и изтриване на събраните данни.

Дата:.....

Подпис:.....