

Kraków.....

.....  
(imię, nazwisko)

## Grodzki Urząd Pracy

.....  
(data urodzenia)

Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia.....  
następujących członków rodziny:

<b>Imię i Nazwisko</b>	<b>Data urodzenia</b>	<b>PESEL, seria i nr dokumentu tożsamości</b>	<b>Stopień pokrewieństwa</b>	<b>Adres zamieszkania</b>

Oświadczam, że wykazani wyżej członkowie rodziny spełniają warunki ustawowe do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

.....  
podpis osoby bezrobotnej

### Podstawa prawna

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz.1510, z późn.zm.)