**Ф.№.........................................**

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА УЧАЩИТЕ СЕ ВЪВ ВИСШИТЕ УЧИЛИЩА СЪГЛАСНО ЧЛ.40. АЛ. 1, Т. 10 ОТ ЗАКОНА ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

**Подписаният/ата/..................................................................................................................**

*/име, презиме, фамилия/*

учащ в Тракийски университет курс ................................., ВМФ,

**специалност ......................................................................................., група .......................**

форма на обучение *....................................................* вид обучение ....................................

*/редовно или задочно/ /платено, държ. такса/*

живущ /а/ гр. /с / ............................................. жк./ул./.............................................................

ЕГН................................№ на личната карта......................................издадена на................

от РПУ на МВР .........................................................................................................................

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:

1. □Получавам / □Не получавам доходи от трудова дейност.
2. □Получавам / □Не получавам наследствена пенсия.
3. □Получавам / □Не получавам други доходи, върху които се дължат здравноосигурителни вноски по реда на чл. 40, ал. 1 от 330.

*Задължавам се да попълня нова декларация при промяна на декларираните обстоятелства.*

*Известно ми е, че за неверни данни нося отговорност по чл, 313 от ИК.*

Дата: .............................

Длъжностно лице:........................... **Декларатор:**....................................