Załącznik Nr 6

do Procedury rejestracji

**OŚWIADCZENIE**

Ja, ………………………………........................................... oświadczam, że:

-posiadam polisę ubezpieczenia zdrowotnego / Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego / umowę z NFZ na okres kształcenia w Polsce\*.

-zobowiązuję się do ubezpieczenia się na okres kształcenia w Polsce\*

………………………………

*czytelny podpis*

\*niepotrzebne skreślić