DE-522……………2023………… Włoszczowa, dnia …………

###### **Powiatowy Urząd Pracy**

**we Włoszczowie**

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

nazwisko i imię bezrobotnego

nr PESEL: ...................................................

adres: ……………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

**wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego**

**członków rodziny bezrobotnego**

Wnoszę o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego od ............................... niżej wymienionych członków rodziny:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwisko i imię** | **Data urodzenia oraz PESEL** | **Stopień pokrewieństwa** | **Adres** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |

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

  **podpis bezrobotnego**

Adnotacje:

Data przyjęcia wniosku: ...................................

Data wyłączenia z ubezpieczenia członków rodziny: ....................................

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

**podpis pracownika**