**Čestné prohlášení neuvolněného člena zastupitelstva obce ……………….**

 **(člena komise, výboru)**

 **o pojištění u zdravotní pojišťovny**

Příjmení a jméno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Funkce[[1]](#footnote-1): neuvolněný člen zastupitelstva obce – komise – výboru zastupitelstva

*(pozn.: nehodící se škrtněte)*

 V souladu se zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, v platném znění:

**prohlašuji, že** ke dni ……………….

1. jsem pojištěncem u zdravotní pojišťovny *(doplnit údaje o pojišťovně)*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a k tomu přikládám kopii ofocené karty zdravotního pojištění

2. je za mne odváděno zdravotní pojištění v minimální zákonné výši u mého

 zaměstnavatele *(doplnit údaje o zaměstnavateli)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* odvádím pojistné v minimální zákonné výši jako OSVČ
* jsem zařazen v kategorii osob, za něž je plátcem pojistného stát

jsem: poživatel důchodu ANO ... NE

žena/muž na rodičovské dovolené ANO ... NE

uchazeč o zaměstnání ANO ... NE

jiné \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(pozn.: označte křížkem odpovídající)*

**Prohlašuji, že jsem si vědom své povinnosti nahlásit obci, plnící úkoly zaměstnavatele[[2]](#footnote-2) v oblasti zdravotního pojištění, do 8 dnů**:

* změnu zdravotní pojišťovny,
* změnu zaměstnavatele zajišťujícího odvod zdrav. pojištění v minimální výši,
* změnu zařazení do jiné kategorie pojištěnců (např. bez příjmů, důchodce, OSVČ, apod.)

a v případě, že nesplněním výše uvedených povinností nebo některé z nich, vznikne obci, jako zaměstnavateli, v oblasti zdravotního pojištění povinnost dodatečně zajistit odvod pojistného zdravotní pojišťovně či s tím spojená majetková újma (škoda), **zavazuji se uhradit obci takto vzniklou škodu či doplatit obci doplatek na pojistném uhrazený obcí zdravotní pojišťovně** ve lhůtě obcí stanovené.

Podpisem tohoto prohlášení uděluji souhlas s uchováváním, zpracováním a použitím mých výše uvedených osobních údajů pro účely a potřeby obce, jako zaměstnavatele, v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Podpis*

*(neuvolněného zastupitele)*:

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)