



IZJAVA o sklenjenem obveznem zdravstvenem zavarovanju

Podpisan-i/a _____, v študijskem letu 2011/12 študent brez statusa, izjavljam, da sem v študijskem letu 2011/12 **obvezno zdravstveno zavarovan v Republiki Sloveniji**. Hkrati izjavljam, da sem seznanjen/a s spodaj navedenim opozorilom Fakultete za šport.

Opozorilo:

Vsi študenti študijskih programov, ki predvidevajo opravljanje praktičnega dela, morajo imeti sklenjeno obvezno zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji. Obvezno zdravstveno zavarovanje je pogoj, da jih Fakulteta za šport lahko vključi v zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni, ki je obvezno pred opravljanjem praktičnih vaj in pedagoške prakse na Fakulteti za šport.

V primeru navedbe neresničnih podatkov, Fakulteta za šport ni odgovorna za posledice, ki nastanejo zaradi opustitve navedenega zavarovanja.

Datum: _____

Podpis: _____