

**Valstybinei ligonių kasai
prie Sveikatos apsaugos ministerijos**

Vardas (-ai)	
Pavardė (-ės)	
Asmens kodas	
Draudžiamąjį identifikacinis kodas	
Adresas (pildoma, jei atsakymą pageidaujama gauti paštu)	
Elektroninio pašto adresas (pildoma, jei atsakymą pageidaujama gauti elektroniniu paštu)	
Telefono numeris ar kita kontaktinė informacija	

**PRAŠYMAS
PATVIRTINTI PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO VALSTYBĖS LĖŠOMIS
GALIOJIMO LAIKOTARPĮ (moksleivio / studento)**

2 0 - -

1. Vadovaudamasis Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro duomenų tvarkymo tvarkos aprašu, pateikiu asmens duomenis ir prašau patvirtinti privalomojo sveikatos draudimo valstybės lėšomis galiojimo laikotarpį, kadangi (*pažymėti atitinkamą langelį*):

1.1. **studijuoj**u kitos Europos Sąjungos šalies arba Jungtinės Didžiosios Britanijos ir Šiaurės Airijos Karalystės (jei studijos buvo pradėtos iki 2020-12-31) aukštojoje mokykloje pagal nuolatinės studijų formos programą ir pateikiu dokumentą, kuriame nurodyta studijų vieta, studijų forma, studijų pradžios ir pabaigos datos draudimo laikotarpiui apskaičiuoti (*nurodykite pridedamo dokumento lapų skaičių _____*);

1.2. **mokausi** kitos Europos Sąjungos šalies arba Jungtinės Didžiosios Britanijos ir Šiaurės Airijos Karalystės (jei mokslas buvo pradėtas iki 2020-12-31) mokykloje pagal bendrojo ugdymo ar profesinio mokymo programą ir pateikiu dokumentą, kuriame nurodyta mokslo vieta, mokslo forma, mokslo pradžios ir pabaigos datos draudimo laikotarpiui apskaičiuoti (*nurodykite pridedamo dokumento lapų skaičių _____*).

2. Patvirtinu, kad nedirbu ir (arba) nesu apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu kitoje Europos Sąjungos, Europos ekonominės erdvės šalyje ir Šveicarijos Konfederacijoje.

3. Pareiškiu, kad mano pateikti asmens duomenys yra teisingi. Žinau, kad dėl melagingų duomenų mano prašymas būtų atmestas arba **mano privalomojo sveikatos draudimo galiojimas būtų panaikintas, išieškant žalą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui.**

4. Esu informuotas, kad mano asmens duomenys bus tvarkomi vadovaujantis Reglamento [\(ES\) 2016/679](#) 6 straipsnio 1 dalies c punktu ir tik privalomojo sveikatos draudimo vykdymo tikslais.

5. Pasižadu, kad dėl pasikeitusių šiame prašyme nurodytų duomenų **nedelsiant informuosiu Valstybinę ligonių kasą prie Sveikatos apsaugos ministerijos.**

6. Atsakymą į prašymą prašau pateikti (*pažymėti atitinkamą langelį*):

6.1. oficialiu raštu nurodytu pašto ar elektroninio pašto adresu;

6.2. nurodytu elektroninio pašto adresu;

6.3. kitu būdu (*nurodykite, kaip atsiimsite atsakymą*) _____;

6.4. rašytinio atsakymo nepageidauju.

Vardas ir pavardė, parašas