

Vardas (-ai)	
Pavardė (-ės)	
Asmens kodas	
Draudžiamąjį identifikacinis kodas	
Adresas (pildomas, jei atsakymą pageidaujama gauti paštu)	
El. pašto adresas (pildomas, jei atsakymą pageidaujama gauti el. paštu)	
Kita kontaktinė informacija (telefono numeris arba prireikus kitų elektroninių ryšių priemonių nuorodos ir (ar) numeriai)	

**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. studijuojau kitos Europos Sąjungos (toliau – ES) 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 ES šalies (arba Jungtinės Didžiosios Britanijos ir Šiaurės Airijos Karalystės, jei mokslas buvo pradėtas iki 2020-12-31) mokykloje pagal bendrojo ugdymo 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 **jau nustatytas privalomojo sveikatos draudimo galiojimo laikotarpis 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 tikslais¹.

5. Pasižadu, kad dėl pasikeitusių šiame prašyme nurodytų duomenų **nedelsiant informuosiu ligonių kasą.**

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

6.1. oficialiu raštu nurodytu pašto adresu;

6.2. nurodytu el. pašto adresu;

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

6.4. rašytinio atsakymo nepageidauju.

Vardas, pavardė, parašas

¹ Informacija apie duomenų subjekto teisių įgyvendinimą: <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/asmens-duomenu-apsauga>