**附件二 华南理工大学**

**学生不参保确认书**

**（学院留存）**

* 本人已参加广州市职工医保□ 公费医疗□ 新农合 □ 广州市民政资助□ 其他□医疗保险（附参保证明），现自愿放弃学校统一组织的2016医保年度广州市城乡居民（大中专学生）社会医疗保险，在本医保年度期间因患病或意外伤害等发生的所有门诊、住院治疗费用均由本人承担。

姓 名：

学籍号：

身份证号：

学 院：

专 业：

本人签名：

辅导员或导师签名：

日 期：

学院盖章：