**华南理工大学**

**学生不参保确认书**

**（ 学院留存 ）**

 本人已参加 职工医保□ 公费医疗□ 当地新农合 □ 广州市民政资助□ 其他医疗保障□（在所选择项“√”），现自愿放弃学校统一组织的2020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（2019级新生2019年9月1日-2020年12月31日，其余年级学生2020年1月1日-2020年12月31日）期间，因疾病或意外伤害等发生的医疗费用均由本人承担。

姓 名：

学 号：

身份证号：

学 院：

专 业：

 本人签名：

 辅导员或导师：（签名）

 学院主管领导：（签名）

日 期：

学院盖章：