

– wypełnia wnioskodawca

☐ Student	☐ stacjonarne	☐ I° ☐ II°	Nr albumu
☐ Doktorant	☐ niestacjonarne	☐ jednolite magisterskie	
Data urodzenia	– –	Pesel	
Nazwisko i imię _____			
Kierunek studiów _____	Rok studiów w 2021/2022 _____		
Wydział _____			
Adres stałego zameldowania _____		Telefon _____	
Adres do korespondencji _____		e-mail _____	

(zgodny z podanym w sekretariacie właściwego wydziału)

Proszę o przekazywanie przyznanych świadczeń pieniężnych na konto:

[illegible]

– wypełnia wnioskodawca

☐ Stypendium socjalnego ☐ Zwiększenia stypendium socjalnego w szczególnie uzasadnionym przypadku

☐ Stypendium dla osób niepełnosprawnych ☐ Stypendium rektora

Stopień niepełnosprawności:	☐ I grupa – znaczny	Orzeczenie ważne do: – –
	☐ II grupa – umiarkowany	
	☐ III grupa – lekki	

– wypełnia wnioskodawca

Swiadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji – art. 233 § 1 kk („ko składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”), odpowiedzialności na podstawie art. 286 § 1 kk („kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsięwziętego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej oświadczam, że:

– podane przeze mnie dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym,

– przedłożone przeze mnie zaświadczenia (oświadczenia) dokumentują wszystkie dochody członków mojej rodziny, które zobowiązana/y byłam/em wykazać we wniosku.

UZASADNIENIE:

ZAŁĄCZNIKI:

data i czytelny podpis wnioskodawcy

IV. ADNOTACJE PRACOWNIKA DSSS

ADNOTACJE URZĘDOWE:

DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE

Typ stypendium	Podstawa naliczania stypendium	Miesięczny dochód na 1 osobę	Przyznano od miesiąca	Odmowa przyznania
Socjalne				
Socjalne zwiększone w szczególnie uzasadnionym przypadku				
Dla osób niepełnosprawnych				

data i podpis pracownika DSSS