Załącznik nr 7
do Regulaminu stypendialnego

WNIOSEK
O PONOWNE PRZELICZENIE DOCHODU

Imię i nazwisko			
PESEL		Numer albumu	
Tryb studiów: stacjonarny ☐ niestacjonarny ☐			
Rok studiów:	Semestr:	Kierunek:	
Miejsce stałego zamieszkania			Mail:
Adres korespondencyjny studenta			Telefon

Wnioskuję o ponowne przeliczenie dochodów osiągniętych w roku……. przez członków mojej rodziny ze względu na:

1.utratę dochodu przez członka mojej rodziny*):
podać mię i nazwisko i stopień pokrewieństwa
od dnia.....w wysokości.....zł, co dokumentuję:
podać nazwę załączonego dokumentu

……..

……..

2.uzyskanie dochodu przez członka mojej rodziny*):
podać imię i nazwisko i stopień pokrewieństwa
od dnia.....w wysokości.....zł, co dokumentuję:
podać nazwę załączonego dokumentu

……

……

3.zmianę w liczbie członków
rodziny*).....…….

……
(podpis studenta)

*) niepotrzebne skreślić