Załącznik Nr 4

WNIOSEK O ZAPOMOGĘ

rok akademicki …….

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

Proszę o przyznanie mi zapomogi

1. Otrzymałem(-am) / nie otrzymałem(-am) * zapomogę w bieżącym roku akademickim w wysokości ……..zł.

2. Pobieram / nie pobieram * stypendium socjalne w wysokości …….zł miesięcznie.

W przypadku przyznania zapomogi wnoszę o dokonanie przelewu świadczenia na rachunek bankowy:

nazwa banku ……..., nr rachunku:

……..
data i podpis studenta

Oświadczam że:

1) ukończyłem(am)*/nie ukończyłem(am)* **studia I stopnia**

.....……..……
(wpisać nazwę uczelni w przypadku ukończenia studiów oraz rok ukończenia)

2) ukończyłem(am)*/nie ukończyłem(am)* **studia II stopnia/jednolite magisterskie**

.....
(wpisać nazwę uczelni w przypadku ukończenia studiów oraz rok ukończenia)

3) studiowałem(am) …….semestrów na studiach I stopnia *

……
(wpisać nazwę uczelni w przypadku ukończenia studiów)

4) studiowałem(am)…….semestrów na studiach II stopnia *

……

(wpisać nazwę uczelni w przypadku ukończenia studiów)

**wlicza się wszystkie rozpoczęte semestry na studiach w tym semestry przypadające w okresie korzystania z urlopu od zajęć*

4) studiuję/nie studiuję* równocześnie na drugim kierunku studiów w, jeżeli tak proszę podać:

nazwa Uczelni…….

wydział……*kierunek:*……

tryb i rok studiów **(studia I, II stopnia, jednolite studia magisterskie)**……

przewidziany regulaminem uczelni planowany termin ukończenia studiów:……

5) oświadczam, że nie złożyłem wniosku o zapomogę na w innej uczelni

……
(data i podpis studenta)

UZASADNIENIE WNIOSKU:

……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..

DO WNIOSKU DOŁĄCZAM:

1. ……..

2. ……..

3. ……..

Oświadczam, że:

1. Znajduję się w trudnej sytuacji materialnej.
2. Zapoznałem się z Regulaminem Stypendialnym dla studentów Niepublicznej Wyższej Szkoły Medycznej.
3. Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania z art. 233 § 1 k.k. oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej za podawanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że podane wyżej informacje dotyczące spełnienia warunków niezbędnych do otrzymania stypendium specjalnego dla niepełnosprawnych są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz.U. z 2014 r. poz. 1182), w celu i zakresie niezbędnym do rozpatrzenia i realizacji wniosku o przyznanie świadczeń pomocy materialnej

…… …….

data podpis studenta

** niepotrzebne skreślić*
W razie pytań / wątpliwości prosimy o kontakt z Dziekanatem osobiście lub pod numerem telefonu 71 321 11 54