Załącznik nr 5
do Regulaminu świadczeń dla studentów PUM

Data wpływu: ……

Imię i nazwisko wnioskodawcy ……..……..

Adres stałego zamieszkania……..

Data urodzenia ……. Tel. ……

Kierunek ..... Nr albumu…….

Forma studiów: □ stacjonarne, □ niestacjonarne, Rok studiów ……....

Studia: □ pierwszego stopnia , □ drugiego stopnia, □ jednolite studia magisterskie

WNIOSEK

o stypendium dla osób niepełnosprawnych

na rok akademicki 20……../ 20……..

1. Na podstawie decyzji/orzeczenia* ……..…… …..... nr ……. z dnia ……..… zostałem zaliczony do ……..stopnia niepełnosprawności.
2. Orzeczona niepełnosprawność ma charakter: stały/czasowy**

   od ……..…… do …….....……..

***** *należy wskazać organ, który wydał orzeczenie/decyzję o niepełnosprawności/ potwierdzające posiadany przez wnioskodawcę stopień niepełnosprawności, warunkuje przyznanie świadczenia, a do wniosku załączyć jego poświadczoną kserokopię.*

** *należy zaznaczyć odpowiednie*

Oświadczenia studenta:

1. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej, cywilnoprawnej i dyscyplinarnej w przypadku, gdy przyznanie mi stypendium nastąpi w oparciu o nieprawdziwe dane przeze mnie podane.
2. Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe, kompletne i zgodne z obecnym stanem faktycznym.
3. Zapoznałem(łam) się z Regulaminem świadczeń dla studentów Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.
4. Oświadczam, że nie pobieram stypendium socjalnego, stypendium dla osób niepełnosprawnych, stypendium rektora i zapomogi na więcej niż jednym kierunku studiów.
5. Studiuję dodatkowo: (nazwa uczelni, rok i kierunek) …… ……..……...
6. Odbyłem(łam) już studia: (nazwa uczelni, ilość lat i kierunek) …… ……..……...…… i posiadam tytuł:…….....
7. Świadczenia z tytułu przyznanego mi stypendium proszę przelać na moje konto osobiste:

   ……

……

(podpis studenta)

WYPEŁNIA PRACOWNIK UCZELNI:

Proponuje się: □ przyznać stypendium □ nie przyznać stypendium
Wysokość stypendium:……zł. Okres stypendium:……
Uwagi:…….....

……
(podpis osoby sporządzającej)