

4. Pozostałe oświadczenia studenta:

- 1) Jestem kandydatem na żołnierza/żołnierzem zawodowym/funkcjonariuszem służb państwowych* z art. 447 Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* **TAK / NIE**
- 2) Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej, cywilnoprawnej i dyscyplinarnej w przypadku, gdy przyznanie mi stypendium nastąpi w oparciu o nieprawdziwe dane przeze mnie podane.
- 3) Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe, kompletne i zgodne z obecnym stanem faktycznym.
- 4) Oświadczam, że jestem właścicielem/współwłaścicielem wskazanego przeze mnie we wniosku konta bankowego.
- 5) Zapoznałem/łam się z Regulaminem świadczeń dla studentów Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.
- 6) Oświadczam, że nie pobieram stypendium socjalnego, stypendium dla osób niepełnosprawnych, stypendium rektora i zapomogi na więcej niż jednym kierunku studiów.
- 7) W przypadku zmian mających na wpływ na prawo do świadczeń, zwłaszcza zmiany liczby członków rodziny, uzyskania i utraty dochodu, uzyskania stypendium na innym kierunku studiów, nabyciu uprawnień o których mowa w art. 93 ust. 3 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, zobowiązuje się powiadomić w formie pisemnej o tych zmianach Dział Spraw Socjalnych Studentów i Doktorantów PUM w terminie 7 dni od ich zaistnienia.

.....
(podpis studenta)

WYPEŁNIA PRACOWNIK UCZELNI:

Proponuje się: przyznać stypendium nie przyznać stypendium

Wysokość stypendium i okres na jaki zostało przyznane:

.....
.....

Uwagi:.....

.....
(podpis osoby sporządzającej)