

Imię i nazwisko wnioskodawcy .....

Adres stałego zamieszkania.....

Tel. ....

Studia:  I°/  II°,  jednolite magisterskie\*,

rok studiów ....., studia  stacjonarne/  niestacjonarne\*

Kierunek .....

Nr albumu.....

Nr rachunku bankowego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## WNIOSEK STUDENTA

### studenta o stypendium dla osób niepełnosprawnych

na rok akademicki 20...../ 20.....

1. Na podstawie :  decyzji  orzeczenia\* .....

..... nr ..... z dnia .....  
zostałem zaliczony do .....stopnia niepełnosprawności, rodzaj niepełnosprawności  
....., symbol 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.

3. Oświadczam, że **dotychczas studiowałem/am\*: TAK / NIE**

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK należy wypełnić poniższe oświadczenia (ppkt 1-3):

1) ukończyłem/am studia I stopnia/studia II stopnia/jednolite magisterskie\*

.....  
**(proszę wpisać nazwę uczelni, okres studiowania od..... do..... oraz datę obrony pracy dyplomowej)**

**i posiadam tytuł: .....**

2) rozpocząłem/am i obecnie studiuję na studiach I stopnia/II stopnia/jednolitych magisterskich\*

.....  
**(proszę wpisać nazwę uczelni, datę rozpoczęcia studiów)**

3) kiedykolwiek studiowałem/am

.....  
**(proszę wpisać nazwę/nazwy uczelni i wszystkie rozpoczęte okresy studiowania od... do..., bez względu na ich długość oraz fakt zaliczenia roku/semestru takich studiów)**

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)