*Załącznik nr 17*

*do Regulaminu świadczeń dla studentów PUM.*

Data wpływu: ………………………………

Imię i nazwisko wnioskodawcy ……………………………………………………………………….……..

Adres stałego zamieszkania…………………………………………………………………………………..

Tel. ……………………………

Rok studiów ………………….....

Nr albumu……………………

**WNIOSEK DOKTORANTA**

**o przyznanie zapomogi**

1. Wnoszę o przyznanie zapomogi w wysokości ………….. zł z uwagi na:

*(należy podać rodzaj, datę zdarzenia losowego i jego wpływ na sytuację życiową doktoranta)*

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

2. Na dowód zaistniałej sytuacji do wniosku załączam:

1. ………………………………………………………………………………………………………
2. ………………………………………………………………………………………………………
3. ………………………………………………………………………………………………………
4. ………………………………………………………………………………………………………
5. ………………………………………………………………………………………………………

**6. OŚWIADCZENIE DOKTORANTA**

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 innych studiach doktoranckich.
5. Świadczenia z tytułu przyznanego mi stypendium proszę przelać na moje konto osobiste:

………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………

 *podpis doktoranta*

**WYPEŁNIA PRACOWNIK UCZELNI:**

Proponuje się: [ ]  przyznać zapomogę [ ]  nie przyznać zapomogi

Proponowana wysokość zapomogi:………………zł.

Uzasadnienie:……………………………………………………………………………………………….....

……………………………………………………………

  *(podpis osoby sporządzającej)*