

Data wpływu:
Imię i nazwisko wnioskodawcy
Adres stałego zamieszkania
Tel.
Rok studiów
Nr albumu.....

WNIOSEK DOKTORANTA
o stypendium dla osób niepełnosprawnych
na rok akademicki 20...../ 20.....

1. Na podstawie decyzji/orzeczenia*
..... nr z dnia
..... zostałem zaliczony dostopnia 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.*
** *należy zaznaczyć odpowiednio*

Oświadczenia 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 stypendium nie przyznać stypendium
Wysokość stypendium:.....zł. Okres stypendium:.....
Uwagi:.....

.....
(podpis osoby sporządzającej)