

Nr rejestracji wniosku

Data wpływu podpis pracownika przyjmującego wniosek

**WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO
DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
w roku akademickim 2016 / 2017**

IMIĘ i NAZWISKO STUDENTA/KI					
ADRES ZAMIESZKANIA (miejscowość, kod, ulica, nr domu, nr mieszkania)					
PESEL			TELEFON		
KIERUNEK STUDIÓW					
NR ALBUMU			ROK STUDIÓW		
FORMA STUDIÓW*	I stopień	II stopień	SYSTEM STUDIÓW*	S	N

* zaznaczyć właściwy kwadrat

Oświadczam, że posiadam (zaznaczyć odpowiedni kwadrat, zgodnie z orzeczeniem)

- Lekki stopień niepełnosprawności
- Umiarkowany stopień niepełnosprawności
- Znaczny stopień niepełnosprawności

Orzeczenie jest ważne od dnia do dnia

- na stałe

Załączone dokumenty potwierdzające stopień niepełnosprawności:

1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
2. Oświadczenie o niepobieraniu świadczeń pomocy materialnej na innym kierunku studiów

Oświadczam, że nie ukończyłem/am studiów wyższych.

OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 w związku z § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137 z późn. zm.), iż kto składając oświadczenie mające służyć za dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, oświadczam, że złożone przeze mnie oświadczenia i dokumenty są zgodne z prawdą.

.....
(data i podpis studenta/ki)

Zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.) wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów stypendialnych. Zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie wglądu do moich danych i ich aktualizacji. Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Zarządzania z siedzibą w Częstochowie, ul. 1 Maja 40, 42-200 Częstochowa.

.....
(data i podpis studenta/ki)

