

WNIOSEK O PRYZNANIE ZAPOMOGI W ROKU AKADEMICKIM 201..../.....

.....
IMIĘ I NAZWISKO
.....
.....

NAZWA ZAKŁADU I LABORATORIUM
.....

ROK STUDIÓW
.....

NUMER LEGITYMACJI
.....

TELEFON KONTAKTOWY
.....
.....

ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA I KORESPONDENCYJNY (JEŻELI INNY NIŻ
ZAMELDOWANIA)

PRYZYGNANE ŚWIADCZENIA PROSZĘ PRZELAĆ NA RACHUNEK BANKOWY:

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

W BANKU

**Komisja Stypendialna
Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej
im. L. Hirszfelda Polskiej Akademii Nauk**

Proszę o przyznanie zapomogi w roku akademickim/..... w wysokości
.....zł z powodu*:

- nieszczęśliwego wypadku,
 - choroby doktoranta lub członka rodziny
 - śmierci członka najbliższej rodziny,
 - kradzieży,
 - pożaru
 - powodzi
 - inne
-

*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że miesięczny dochód netto na jednego członka mojej rodziny (obliczony zgodnie z Regulaminem) wynosi..... słownie

Oświadczam, że otrzymuję stypendium: (należy zaznaczyć otrzymywane świadczenie stawiając X)

- socjalne w wysokości.....zł miesięcznie
- socjalne w zwiększonej wysokości.....zł miesięcznie
- dla osób niepełnosprawnych w wysokości.....zł miesięcznie
- dla najlepszych doktorantów w wysokości.....zł miesięcznie

I. UZASADNIENIE WNIOSKU :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

II. W załączeniu przedkładam następujące dokumenty:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

OŚWIADCZENIE

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo z art. 286 Kodeksu karnego – „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” – (Dz. U. 2019 r. poz. 1950) oraz o odpowiedzialności dyscyplinarnej z art. 322 ustawy z dn. 20 lipca 2018 r. – *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* (Dz. U. z 2018 r., poz. 1668, z póź. zm.) oświadczam, że:

- przedstawione we wniosku informacje oraz dołączona do wniosku dokumentacja są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym;
- zapoznałem/am się z zarządzeniem w sprawie zasad przyznawania świadczeń pomocy materialnej dla doktorantów ze środków funduszu pomocy materialnej;
- wniosek o przyznanie świadczeń pomocy materialnej na rok akademicki .../... złożyłem/am wyłącznie na studiach doktoranckich w Instytucie Immunologii i Terapii Doświadczalnej im. L. Hirszfelda
- zapoznałem/am się z treścią art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* (Dz. U. z 2018 r., poz. 1668, z póź. zm.) i oświadczam, że jestem /nie jestem** uczestnikiem innych studiów doktoranckich (podać jakich)

.....
w uczelni/instytucie (podać jakim/jakiej).....

** niepotrzebne skreślić

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)