



AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO WE WROCŁAWIU

Wydział:	Kierunek studiów:	Nr albumu	Rok studiów	Rok akademicki 2017/18	Data złożenia Wypełnia Rektorat
Nazwisko doktoranta:					
Imię doktoranta:					
Adres stałego zameldowania:					
Adres do korespondencji (obowiązkowo):					
Adres e-mail				Telefon	
Nr konta bankowego					

Skład rodziny:

Lp.	Stopień pokrewieństwa	Nazwisko:	Imię:	Rok urodzenia	Status (szkoła/wykonywany zawód)
1.	WNIOSKODAWCA				AWF Wrocław
2.	MATKA				
3.	OJCIEC				
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

Średni miesięczny dochód netto na jedną osobę w rodzinie (przeniesienie pkt. 4 ze str. 2)

.....

WNOSZĘ O PRZYZNANIE (zaznaczyć właściwe):

- Stypendium socjalnego
- Zwiększonego stypendium socjalnego w związku z zamieszkiwaniem poza miejscem stałego zameldowania.

Świadomy odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji oświadczam, iż codzienny dojazd na Uczelnię uniemożliwiłby mi lub znacznie utrudnił studiowanie oraz, że w roku akademickim miejscem mojego tymczasowego zamieszkania jest:.....

.....

(adres tymczasowego miejsca zamieszkania)

.....

Podpis doktoranta

AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO WE WROCŁAWIU

Świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w 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* oświadczam:

Wyliczenie rocznego dochodu netto rodziny doktoranta

1. Dochody członków rodziny osiągnięte w roku kalendarzowym **2016**

Lp.	Członkowie rodziny (imię i nazwisko)	Dochody roczne netto (w zł)			A. Ogółem	Odliczenie zobowiązań i dochodu utraconego/ doliczenie dochodu uzyskanego					
		opodatkowane na zasadach ogólnych*	opodatkowane zryczałtowanym podatkiem dochodowym	inne niepodlegające opodatkowaniu		B. alimenty płacone na rzecz innych dzieci	C. dochód utracony	D. Dochód roczny netto po odliczeniach A-B-C=D	E. Miesięczny dochód netto na 1 os D/12mcy	F. dochód uzyskany na 1 mc	G. Miesięczny dochód rodziny po uwzględnieniu dochodu uzyskanego
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8	SUMA										

2. Liczba osób w rodzinie.....

3. Miesięczny dochód rodziny po uwzględnieniu dochodu uzyskanego wynosi(przenieść sumę z kolumny G).....

4. Średni miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na 1 osobę wyniósł (pkt 3 podzielić na pkt 2).....

Załączone zaświadczenia

Lp.	Rodzaj dokumentu	Imię i nazwisko osoby, której dokument dotyczy

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że ani ja ani nikt z członków mojej rodziny nie uzyskuje żadnych innych dochodów poza wymienionymi we wniosku.

Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Biura Spraw Studenckich o zmianach w sytuacji materialnej mojej rodziny.

Data.....

Podpis doktoranta

Oświadczenie ubiegającego się o świadczenia pomocy materialnej

Świadomy odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 §1 KK), odpowiedzialności na podstawie art. 286 KK oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej oświadczam, że:

- podane przeze mnie we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym,
- przedłożone przeze mnie zaświadczenia (oświadczenia) potwierdzają informacje zawarte we wniosku,
- załączone i poświadczane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami,
- dodatkowo studiuje (podać nazwę uczelni, rok, poziom i kierunek studiów)

.....

.....

- **nie pobieram w tym roku akademickim stypendium socjalnego, socjalnego w zwiększonej wysokości, specjalnego dla osób niepełnosprawnych, zapomogi, stypendium rektora ani stypendium ministra na innej uczelni lub/i na innym kierunku studiów**, a w przypadku pobierania w/w świadczeń na innej uczelni lub/i na innym kierunku studiów zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić o tym na piśmie Biuro Spraw Studenckich i zdeklarować, gdzie będę pobierać świadczenia
- **zapoznałem się z zasadami przyznawania pomocy materialnej określonymi w Regulaminie pomocy materialnej dla studentów i doktorantów AWF Wrocław**, w tym okolicznościami, które wykluczają uprawnienia do tej pomocy
- zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997r. *o ochronie danych osobowych* wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AWF Wrocław danych osobowych zawartych we wniosku,
- zobowiązuje się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97r. o Ochronie danych osobowych Dz.U.97 Nr 133 poz. 883. Oświadczam, iż zostałem poinformowany o nazwie i siedzibie administratora danych osobowych, celu zbierania danych oraz prawie dostępu do treści moich danych i ich poprawiania.

Data i podpis doktoranta: