

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA NAJLEPSZYCH DOKTORANTÓW
AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO WE WROCŁAWIU
dla I roku

Nr albumu:	Rok studiów I	Rok akademicki 2017/18	Wydział	Nr PESEL:									
Nazwisko doktoranta:													
Imię doktoranta:													
<u>Adres do korespondencji:</u>													
Telefon do kontaktu:							Adres e- mail:						
Numer konta bankowego:													
Nazwa i oddział Banku:													

Wnoszę o przyznanie stypendium dla najlepszych doktorantów
w roku akademickim **2017/18**

- Wynik w postępowaniu rekrutacyjnym pkt
- Średnia ocen z przebiegu studiów II stopnia lub jednolitych studiów magisterskich.....
(potwierdzone na podstawie list rankingowych z procedury postępowania kwalifikacyjnego na studia).
- Suma: (punkty rekrutacyjne + średnia ocen).....**

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 zadeklarować, 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

Wrocław, dn.20....r.

.....

(czytelny podpis)