

WNIOSEK O PRYZNANIE
stypendium socjalnego, stypendium socjalnego w podwyższonej wysokości,
stypendium dla osób niepełnosprawnych

.....
 Imię i nazwisko studenta; PESEL

.....
 Adres

.....
 Telefon; e-mail

.....
 Rok studiów

.....
 Nr konta studenta wnioskodawcy

Komisja Stypendialna*
Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej
im. Mirosława Mossakowskiego
Polskiej Akademii Nauk w Warszawie

Proszę o przyznanie:

- stypendium socjalnego
- stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości z tytułu zamieszkania w domu studenckim lub w obiekcie innym niż dom studencki
- stypendium dla osób niepełnosprawnych w stopniu lekkim/ umiarkowanym/ znacznym

I. Oświadczam, że rodzina moja składa się z niżej wymienionych osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

Doktorant i każdy członek rodziny doktoranta zobowiązany jest przedłożyć stosowne zaświadczenia Urzędu Skarbowego o uzyskanych dochodach lub ich braku. Doktorant i każdy członek rodziny doktoranta, który nie figuruje w ewidencji podatników prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą zobowiązany jest przedłożyć dodatkowo zaświadczenie Urzędu Skarbowego potwierdzające ten fakt. Wykaz wymaganych dokumentów znajduje się w załączniku nr 2 do Regulaminu Zaświadczenia składa doktorant i każdy członek rodziny doktoranta, który ukończył 18 lat.

Lp	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Miejsce zatrudnienia lub nauki (podać również rok nauki) lub inne źródło utrzymania
			Doktorant wnioskodawca	

II. W załączeniu przedkładam następujące dokumenty, potwierdzające dane zawarte w pkt I.

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.

W przypadku rodzeństwa lub dzieci doktoranta poniżej 18 roku życia wymagane są kserokopie aktu urodzenia lub inny dokument potwierdzający wiek, zaś dla uczącego się rodzeństwa lub dzieci doktoranta powyżej 18 roku życia wymagane są zaświadczenia o pobieraniu nauki !!!

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego PAN w Warszawie danych osobowych zawartych we wniosku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - t.j. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) w zakresie ustalenia wysokości, przyznania i wypłacenia świadczenia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

OŚWIADCZENIE

Upředzony/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. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) oraz o odpowiedzialności dyscyplinarnej z art. 226 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 572, z późn. 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 Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego Polskiej Akademii Nauk w Warszawie
- ☐ zapoznałem/am się z treścią art. 199 ust. 3 w zw. z art. 184 ust. 4 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 572, z późn. zm.) i oświadczam, że jestem /nie jestem*** uczestnikiem innych studiów doktoranckich (podać jakich) w uczelni (podać jakiej).....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)