

(data wpływu wniosku)

Szczecin, dnia

Dziekan/Komisja Stypendialna

WNIOSEK

O PRYZNANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwisko..... Imię/imiona.....
Nr albumu Kierunek.....studia: I°/II°*
Rok studiów Semestr studiów Studia stacjonarne/niestacjonarne*
Adres mailowy telefon kontaktowy

Nr konta bankowego:

Uprzejmie proszę o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych w roku akademickim 20../20.. .

W załączeniu przedstawiam orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność.

Oświadczam, że nie pobieram świadczeń pomocy materialnej na innym, niż wskazany przeze mnie we wniosku, kierunku studiów.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu przyznawania pomocy materialnej studentom Akademii Sztuki w Szczecinie.

Oświadczam, świadom odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych, w tym odpowiedzialności dyscyplinarnej i zwrotu pobranych środków finansowych, że wszystkie załączone dokumenty oraz dane w nich zawarte są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

.....
podpis studenta

Potwierdzam złożenie kompletnego wniosku:

.....
data i podpis pracownika dziekanatu

* niepotrzebne skreślić