

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH w roku akademickim 20.../ 20...*

KOMISJA STYPENDIALNA Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Dane studenta ubiegającego się o przyznanie stypendium:

Nazwisko				Imię			
Kierunek studiów							☐ IV rok/ sem. zimowy
Rok studiów	☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI	☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ jednolite magisterskie	Nr albumu			Forma studiów: ☐ stacjonarne ☐ niestacjonarne	
Adres stałego zamieszkania		ulica /miejscowość				nr domu	nr lokalu
Kod	__ - __ - __	Miasto/ Poczta				województwo	
Adres korespondencyjny		☐ jak wyżej	☐ inny	ulica/ miejscowość			
Kod	__ - __ - __	Miasto/ Poczta				województwo	
Telefon kontaktowy				e-mail			

Art. 41 § 1 KPA - W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego.

Proszę o przyznanie w roku akademickim 20.../ 20...:

↓ Przyznane świadczenia (wypełnia członek Komisji Stypendialnej)

☐ stypendium dla osób niepełnosprawnych

OŚWIADCZENIE STUDENTA SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK:

Na podstawie § 16 Regulaminu świadczeń dla studentów Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach – Uzyskanie przez studenta prawa do świadczeń, o których mowa w § 3 ust. 1 Regulaminu poprzez przedstawienie nieprawdziwych danych, przerobionych, podrobionych lub nieważnych dokumentów, skutkuje **pozbawieniem prawa do świadczeń i zwrotem nienależnie otrzymanych środków** na rzecz funduszu stypendialnego a także możliwością poniesienia odpowiedzialności dyscyplinarnej lub karnej.

Zapoznałem/-am się z treścią powyższego oświadczenia.

....., dnia
miejscowość data

.....
czytelny, własnoręczny podpis studenta

DECYZJA:

Komisja Stypendialna:

☐ Przyznaje świadczenie w roku akademickim 20.../ 20..., w okresie od r. do r.

.....
podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej

☐ Przyznaje świadczenie w roku akademickim 20.../ 20..., w okresie od r. do r.

.....
podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej

☐ Zmienia wysokość świadczenia w roku akademickim 20.../ 20..., od miesiąca r., od miesiąca r.

.....
podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej

.....
podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej

od miesiąca r., od miesiąca r.

.....
podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej

.....
podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej

☐ Nie przyznaje świadczenia w roku akademickim 20.../ 20..., od miesiąca r.

.....
podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej

**Wniosek wraz z załącznikami należy złożyć w Centrum Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami, ul. Śląska 11A, 25-328 Kielce, tel. 41 349-78-78*