

Data wyływu na WSPA (wypełnia pracownik WSPA)

Lublin _____

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SOCJALNEGO
W ZWIĘKSZONEJ WYSOKOŚCI w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Administracji w Lublinie**

I. DANE WNIOSKODAWCY

- wypełnia wnioskodawca

Nazwisko i imię _____

Data i miejsce urodzenia - - _____

PESEL

Telefon _____ Mail _____

Obywatelstwo _____

Przyjęcie i odbywanie studiów (wypełniają studenci-cudzoziemcy, którzy podjęli studia przed 1 X 2019 r.):

na zasadach obowiązujących obywateli polskich

na innych zasadach niż obywatele polscy

Student na studiach:

stacjonarnych

niestacjonarnych

I stopnia

II stopnia, data obrony na I stopniu.....

jednolite magisterskie

Kierunek studiów _____

Rok studiów _____

Semestr _____

Nr albumu _____

Filia w Wodzisławiu Śląskim

TAK NIE

Adres stałego zameldowania: _____

Adres do korespondencji _____

Proszę o przekazanie świadczeń pieniężnych na konto:

Nazwa banku: _____

Nr konta: - - - - - - -

Imię i nazwisko posiadacza rachunku bankowego (Uwaga posiadaczem konta może być student lub najbliższy członek jego rodziny!)

Informuję, iż:

studiuję dodatkowo na innym kierunku/ kierunkach:	<p style="text-align: center;">TAK</p> <input type="checkbox"/> I stopnia <input type="checkbox"/> II stopnia <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie <input type="checkbox"/> doktoranckie (podać lata)	<input type="checkbox"/> NIE
ukończyłem/-am już studia:	<p style="text-align: center;">TAK</p> (podać lata) <input type="checkbox"/> Posiadam tytuł..... <input type="checkbox"/> Nie posiadam tytułu mgr/lic/inż. lub równorzędnego	<input type="checkbox"/> NIE
studiowałam/em już na (dotyczy osób które nie ukończyły studiów, bądź nie uzyskały tytułu):	<p style="text-align: center;">TAK</p> <input type="checkbox"/> I stopnia <input type="checkbox"/> II stopnia <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie <input type="checkbox"/> doktoranckie (podać lata)	<input type="checkbox"/> NIE

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą, oraz że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

(Miejscowość, data)

(Czytelny podpis studenta)

II. STYPENDIUM SOCJALNE W ZWIĘKSZONEJ WYSOKOŚCI (UZASADNIENIE)

– wypełnia wnioskodawca

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, iż ubiegam się o stypendium socjalne w zwiększonej wysokości zgodnie z art. 87 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce w związku z następującymi okolicznościami:

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Miejscowość, data _____ Czytelny podpis studenta _____

III. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

– wypełnia wnioskodawca

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji - **art. 233 § 1 kk** („Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”), odpowiedzialności na podstawie **art. 286 § 1 kk** („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”) **oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej** oświadczam, że:

- podane przeze mnie dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym,
- zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.

Miejscowość, data _____ Czytelny podpis studenta _____

- Wyrażam zgodę na otrzymanie informacji o decyzji w formie elektronicznej, na adres mailowy wskazany we wniosku stypendialnym.

TAK

NIE

Miejscowość, data _____ Czytelny podpis studenta _____

- **Oświadczam, iż** zapoznałam/em się z zasadami przyznawania świadczeń określonymi w Regulaminie świadczeń dla studentów WSPA w Lublinie oraz z odpowiednimi załącznikami do wyżej wymienionego Regulaminu, w tym z okolicznościami, które wykluczają uprawnienia do uzyskania świadczenia.

Miejscowość, data _____

Czytelny podpis studenta _____

- **Oświadczam, iż** pobieram/ nie pobieram świadczenia na innej uczelni lub innym kierunku, a w przypadku uzyskania świadczenia na innej uczelni/kierunku zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Działu Rozliczeń Finansowych oraz zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.

Miejscowość, data _____

Czytelny podpis studenta _____

- Wyrażam zgodę na publikację numeru albumu, liczby punktów oraz przyznanej kwoty na listach informujących o postępowaniu stypendialnym oraz o wynikach prac Komisji Stypendialnej/ Rektora.

TAK

NIE

Miejscowość, data _____

Czytelny podpis studenta _____

- **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb uczelni.

Miejscowość, data _____

Czytelny podpis studenta _____