



(data wpływu podania).....

WNIOSEK O PRYZNANIE ZAPOMOZI
w roku akademickim/.....

wypełniać drukowanymi literami

Nazwisko		Nr PESEL	Nr albumu
Imię			Rok studiów (w bież. roku akademickim)
Kierunek			
Studia	Adres zamieszkania	Adres e-mail	
<input type="checkbox"/> STACJONARNE	
<input type="checkbox"/> NIESTACJONARNE	Adres do korespondencji	Tel. komórkowy	
	

Uzasadnienie wniosku

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

1.
2.
3.
4.
5.

1. Oświadczam, że:

- 1) nie będę pobierał/ a zapomogi na innym kierunku w WSM w Legnicy lub na innej Uczelni,
 - 2) ukończyłem/nie ukończyłem(am)* studia II stopnia na Uczelni.....
 - 3) jestem / nie jestem* żołnierzem zawodowym lub kandydatem na żołnierza zawodowego,
 - 4) jestem / nie jestem* funkcjonariuszem służb państwowych lub funkcjonariuszem w służbie kandydackiej.
2. Świadom(a) odpowiedzialności karnej, cywilno-prawnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że podane przeze mnie we wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
3. Zapoznałem(am) się z Regulaminem przyznawania świadczeń studentom Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy.

Legnica, dnia

.....
własnoręczny podpis studenta

* niepotrzebne skreślić

