

Data wpływu wniosku: .....

.....  
(podpis, pieczęć pracownika dziekanatu)

Dziekan Wydziału/  
Wydziałowa Komisja Stypendialna ds. Doktorantów\*

\* niewłaściwe skreśl

### **WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

w roku akademickim .....

1. Imię i nazwisko doktoranta/ki: .....
2. Adres zamieszkania: .....
3. Numer telefonu: ..... E-mail: .....
4. Nr albumu: .....
5. Rok/dziedzina/dyscyplina naukowa: .....
6. Forma studiów:        stacjonarne        niestacjonarne (właściwe zakreślić X)
7. Proszę o dokonanie przelewu kwoty przyznanego stypendium na konto:

nr konta																			
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. Do wniosku załączam (właściwe zakreślić X):  
 orzeczenie o stopniu niepełnosprawności\*  
 orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności\*

Białystok, dnia .....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

9. Przyjmuję do wiadomości, że **warunkiem wypłaty przyznanego świadczenia** jest złożenie oświadczenia o niepobieraniu świadczeń z funduszu pomocy materialnej na więcej niż jednych studiach doktoranckich.

Białystok, dnia .....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

10. Oświadczam, że podane przeze mnie informacje i załączone dokumenty są prawdziwe oraz że jestem wiadomy(a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oraz odpowiedzialności cywilnej z art. 415 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) za szkodę wyrządzoną niezgodnym z prawdą oświadczeniem.

Białystok, dnia .....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby Wydziałowej Komisji Stypendialnej ds. Studentów.

Białystok, dnia .....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

12. Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet w Białymstoku danych zawartych we wniosku oraz złożonych do wniosku dokumentach.

Białystok, dnia .....

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

13. Jestem / nie jestem kandydatem na żołnierza zawodowego, żołnierzem zawodowym, funkcjonariuszem służb państwowych (*niepotrzebne skreślić*).

(właściwe zakreślić)

14. Zapoznałem (am) się z regulaminem przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej doktorantom Uniwersytetu w Białymstoku.

15. Zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń z funduszu pomocy materialnej.

\*W przypadku kopii dokumentów wymagane jest ich potwierdzenie za zgodność z oryginałem.

Białystok, dnia .....

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)