

Nr rejestracji wniosku

Data wpływu podpis pracownika przyjmującego wniosek

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM
DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
w roku akademickim 2024/2025**

IMIĘ i NAZWISKO STUDENTA/KI					
ADRES ZAMIESZKANIA <i>(miejscowość, kod, ulica, nr domu, nr mieszkania)</i>					
PESEL			TELEFON		
KIERUNEK STUDIÓW/ NAZWA GRUPY					
NR ALBUMU			ROK STUDIÓW		
FORMA STUDIÓW*	I stopień	II stopień	SYSTEM STUDIÓW*	S	N

* zaznaczyć właściwy kwadrat

Oświadczam, że posiadam (zaznaczyć odpowiedni kwadrat, zgodnie z orzeczeniem)

- Lekki stopień niepełnosprawności
- Umiarkowany stopień niepełnosprawności
- Znaczny stopień niepełnosprawności

Orzeczenie jest ważne od dnia do dnia
 na stałe

Załączone dokumenty potwierdzające stopień niepełnosprawności:

1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
2. Oświadczenie o niepobieraniu świadczeń pomocy materialnej na innym kierunku studiów

Oświadczam, że ukończyłem/am następujące studia wyższe.

Lp.	Nazwa uczelni	Kierunek studiów	Rok ukończenia	Uzyskany tytuł
1.				
2.				
3.				
4.				

Oświadczam, że:

- 1) przed rozpoczęciem studiów w Wyższej Szkole Zarządzania studiowałem/am przez ... semestrów (dotyczy wyłącznie nieukończonych przeze mnie studiów),*
- 2) przed rozpoczęciem studiów w Wyższej Szkole Zarządzania studiowałem/am:
 - a) na studiach pierwszego stopnia przez ... semestrów,
 - b) na studiach drugiego stopnia przez ... semestrów (dotyczy wyłącznie nieukończonych przeze mnie studiów drugiego stopnia).**

* pkt 1 wypełniają wyłącznie studenci studiów I stopnia

** pkt 2 wypełniają wyłącznie studenci studiów II stopnia

