

ŚLĄSKA WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W  
KATOWICACH

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM  
DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwisko i imię studenta (telefon kontaktowy; e-mail)	Anna Kowalska – Nowak tel. 888 888 888 annakowalskanowak@o2.pl
Kierunek studiów/ Forma	Kosmetologia II stopnia/ niestacjonarna
Rok studiów /semestr /nr albumu	II/ III sem / 9999
Nr konta, na które należy przesłać stypendium	00 0000 0000 0000 0000 0000 0000
PESEL	94081000000

Zwracam się z prośbą o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych.

Do wniosku dołączam:

- ~~1. Orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności\*)~~
2. Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności\*)
- ~~3. Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności\*)~~
4. Inne

.....

**Oświadczenie studenta:**

*Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 KK , iż kto składając oświadczenie mające służyć za dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, oświadczam, że złożony przeze mnie wniosek i załączone dokumenty są zgodne z prawdą.*

*Wyrażam zgodę na gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów stypendialnych. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z zasadami przyznawania świadczeń pomocy materialnej w Śląskiej Wyższej Szkole Medycznej w Katowicach*

Data .....10.10.2024 r.....

.....  
(podpis studenta składającego wniosek)

\*) niepotrzebne skreślić