

**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

Data10.10.2025 r.....

.....
(podpis studenta składającego wniosek)

*) niepotrzebne skreślić