Załącznik Nr 4a do Zarządzenia Nr 54/2011 Rektora WUM z dnia 21.09.2011 r.

Data złożenia wniosku ..... Podpis pracownika Działu ..... Nr wniosku: APD5- ..... -546/542- ...../20.. .....

| **Nazwisko i imię doktoranta** | **PESEL** |
|---|---|
| ..... ..... | |
| **Nr albumu** ..... | ***adres stałego zameldowania*** */kod poczt., miejscowość, ulica, wojewódz./* ↓ |
| **Wydział** ..... | ..... |
| | ..... |
| **Rok studiów** ..... w roku akad: 20...../20..... | ..... |
| **Tryb studiów:** stacjonarne / niestacjonarne *) | ***adres do korespondencji*** */kod poczt., miejscowość, ulica, województwo./* ↓ |
| **Status doktoranta:** na urlopie zdrowotnym / przedłużenie studiów *) | ..... |
| **Studia równoległe**: ..... /nazwa Uczelni : kierunek : jednolite magisterskie / pierwszego stopnia / drugiego stopnia *), rok studiów | ..... |
| **Data rozpoczęcia studiów doktoranckich** ..... | Telefon kontaktowy ..... *komórkowy* |
| **Data regulaminowego zakończenia studiów doktoranckich** ..... | ..... *stacjonarny* |
| *) *właściwe zakreślić* | Adres e-mail ..... |

## WNIOSEK O PRZYZNANIE ZAPOMOGI

**Miesięczny dochód <u>netto</u> w przeliczeniu na 1 osobę w rodzinie wynosi : ..... zł.**

Ostatnią zapomogę otrzymałem /otrzymałam w roku akademickim 20..... / 20..... ; semestr letni / zimowy

**<u>Uzasadnienie:</u>**

.....

.....

.....

Do podania o zapomogę dołączam:

1. .....
2. .....
3. .....
4. Z uwagi na szczególne okoliczności dołączam oddzielne uzasadnienie na piśmie: TAK / NIE

***<u>Oświadczenie doktoranta</u>***

1. Zapoznałem /zapoznałam się z zasadami przyznawania, ustalania wysokości i wypłacania świadczeń pomocy materialnej dla doktorantów WUM określonymi w Regulaminie.
2. W przypadku zmiany mającej wpływ na prawo do otrzymywania świadczeń pomocy materialnej, zmiany miejsca zamieszkania w czasie roku akademickiego lub rezygnacji ze studiów zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie Dział Obsługi Studentów.
3. Zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.
4. Jestem świadomy / świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( tekst jednolity: Dz. U. z 2002 nr 101, poz. 926 z późn.zm.) oraz przepisami wewnętrznymi obowiązującymi na WUM, wyłącznie w celu i w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia i realizacji wniosku o przyznanie jednorazowej zapomogi. Wiem, że przysługuje mi prawo do wglądu i poprawiania moich danych osobowych.

**Proszę o dokonanie przelewu przyznanej zapomogi na mój rachunek bankowy:**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

.....
data i czytelny podpis doktoranta

---

**<u>Potwierdzenie odbioru decyzji:</u>**

Decyzję Komisji Stypendialnej Doktorantów WUM odebrałem / odebrałam w dniu .....

.....
czytelny podpis doktoranta

Decyzja Komisji Stypendialnej Doktorantów WUM wysłana przez kancelarię WUM w dniu .....

„za potwierdzeniem odbioru" : APD5-0734-...../20.....