Załącznik nr 1

do „Regulaminu przyznawania stypendium dla studentów w zakresie Systemu zachęt. Działanie 1. Stypendia dla studentów kierunku lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, analityka medyczna, fizjoterapia oraz farmacja. Edycja 2, rok akademicki 2023/2024”

(zarządzenie 164/XVI R/2025 Rektora UMW

z dnia 26 września 2025 r.)

……………………………………..

data wpływu wniosku

**WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM**

**W ramach Działania 1 Systemu zachęt od roku akademickiego 2023/2024**

**(WNIOSEK NALEŻY UZUPEŁNIĆ CZYTELNIE – DRUKOWANYMI LITERAMI)**

………………………………………………………………………………….……………..…

**IMIĘ I NAZWISKO**

………………………………………………………………………….………………….…….

**PESEL/DOKUMENT TOŻSAMOŚCI**

………………………………………………….. …………………

**KIERUNEK ROK STUDIÓW**

□ STACJONARNE □ NIESTACJONARNE

………………………………………………………………………..…………………….……

**FORMA STUDIÓW (wybierz właściwe)**

…………………………………………………………………………………………………...

**NUMER ALBUMU**

……………………………………………………………………………………………...……

**OBYWATELSTWO**

……………………………………………………………………………………………...……

**TELEFON KONTAKTOWY**

…………………………………………………………………………………………...………

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

PRZYZNANE ŚWIADCZENIE PROSZĘ PRZEKAZAĆ NA RACHUNEK BANKOWY, KTÓREGO JESTEM POSIADACZEM/WSPÓŁPOSIADACZEM\*:

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

numer rachunku

Wnoszę oprzyznanie stypendium w ramach Działania 1 Systemu Zachęt od roku akademickiego 2023/2024. Podstawą przyznania mi stypendium jest spełnienie wszystkich warunków, zgodnie z *Regulaminem przyznawania stypendium dla studentów w ramach Systemu zachęt Działanie 1. Stypendia dla studentów kierunku lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, analityka medyczna, fizjoterapia oraz farmacja.*

Miejscowość…………………. data ……… …………………………. czytelny podpis studenta

**OŚWIADCZENIA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ŚWIADCZENIA**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w:

1. art. 286 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny - „Kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”,
2. art. 233 § 1 Kodeksu karnego - „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do 6 miesięcy do lat 8 oraz o odpowiedzialności dyscyplinarnej (Dział VII Rozdział 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce)

**oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z „Regulaminem przyznawania stypendium dla studentów w ramach Systemu zachęt Działanie 1. Stypendia dla studentów kierunku lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, analityka medyczna, fizjoterapia oraz farmacja”.
2. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym wg stanu na dzień składania wniosku.
3. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania w formie pisemnej właściwego Dziekanatu o wszystkich zmianach związanych z otrzymywaniem przeze mnie świadczenia.

 Miejscowość…………………. data ……… …………………………. czytelny podpis studenta

**Poświadcza pracowni Działu Spraw Studenckich**

**(na podstawie danych otrzymanych z Dziekanatu)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Średnia ocen za pierwszy rok studiów |  |
| 2. | Średnia ocen za drugi rok studiów |  |
| 3. | Status na dzień składania wniosku(np. student, urlop dziekański, powtarza rok studiów, skreślony z listy studentów) |  |
| 4. | Przyznane stypendium Rektora | TAK/NIE\* |

\*niepotrzebne skreślić

…………………………………………

 pieczęć i podpis pracownika

**Pozycja na liście rankingowej:** ………

**Rozstrzygnięcie niniejszego wniosku**: ……………………………………………………….

 …………………………………………

 pieczęć i podpis

 Dyrektora Działu Spraw Studenckich