



Załącznik nr 1 do Regulaminu świadczeń z Funduszu Stypendialnego dla studentów Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu w Szczecinie

wypełnia pracownik  
dziekanatu

## WNIOSEK O PRYZNANIE ZAPOMOGI

Data wpływu:

Czytelny podpis pracownika dziekanatu:			Rok akademicki .....	
wypełnić drukowanymi literami			Semestr	Numer albumu
Nazwisko i imię	PESEL	Obywatelstwo	Rok Studiów*: <input type="checkbox"/> I, <input type="checkbox"/> II, <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
	Wydział*: <input type="checkbox"/> Ekonomii i Informatyki <input type="checkbox"/> Ekonomii i Pedagogiki <input type="checkbox"/> Ekonomii i Nauk o Zdrowiu <input type="checkbox"/> Przedsiębiorczości		Kierunek*: <input type="checkbox"/> Ekonomia, <input type="checkbox"/> Informatyka, <input type="checkbox"/> Zarządzanie, <input type="checkbox"/> Ekonomia, <input type="checkbox"/> Pedagogika	
	Forma studiów* <input type="checkbox"/> Studia stacjonarne, <input type="checkbox"/> studia niestacjonarne		Ukończony kierunek Studiów* <input type="checkbox"/> I stopnia <input type="checkbox"/> II stopnia	
	Poziom kształcenia* <input type="checkbox"/> I stopnia <input type="checkbox"/> II stopnia		Oświadczam, że*: <input type="checkbox"/> Studiuję na jednym kierunku <input type="checkbox"/> Studiuję jednocześnie na dwóch kierunkach	
Adres zamieszkania: (kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu)				
Adres e-mail:				
Telefon kontaktowy:				

\*zaznaczyć właściwe X

Proszę o przekazanie przyznanej zapomogi na numer rachunku bankowego

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 1. Na dzień składania wniosku moja rodzina składa się z niżej wymienionych osób:

LP.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Aktualne miejsce zatrudnienia inne źródła dochodu /ewentualnie: emeryt, rencista, rolnik, działalność gospodarcza, bezrobotny, gospodyni domowa/ Miejsce nauki rodzeństwa
1.			Wnioskodawca	
2.				
3.				
4.				







## 6. Oświadczenia

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej studentów (zgodnie z art. 307 i art.322 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce , oświadczam, że **nie pobieram świadczeń** tj. stypendium socjalnego, stypendium rektora, stypendium dla osób niepełnosprawnych na innej uczelni więcej lub innym kierunku studiów.

Zapoznałem/am się z Regulaminem świadczeń dla studentów ZPSB.

Zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić o jakiegokolwiek zmianie sytuacji materialnej mojej i mojej rodziny, zmianie liczby członków rodziny i każdej innej zmianie mającej wpływ na wysokość i prawo do stypendium socjalnego. Również o uzyskaniu przez siebie tytułu zawodowego, skutkującym utratą prawa do tych świadczeń lub o upływie terminu, w którym mógłbym/łabym o te świadczenia się ubiegać lub je pobierać.

Zgodnie z Art. 23 ust. 1 pkt. 1 Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. Nr 133 poz. 883) wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów stypendialnych. Zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie wglądu do moich danych i ich aktualizacji

Miejscowość i data ..... czytelny podpis wnioskodawcy .....



**7. Wydziałowa Komisja Stypendialna** w dniu ....., postanawia

Przyznać;  <input type="checkbox"/> zapomogę	W kwocie .....
<input type="checkbox"/> Odmówić przyznania zapomogi	Z powodu ..... .....
Czytelny podpis Przewodniczącego Wydziałowej Komisji Stypendialnej  .....	