



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

WNIOSEK O PONOWNE PRZELICZENIE DOCHODU

wypełnia pracownik
dziekanatu

STYPENDIUM SOCJALNE

Data wpływu:
-----------------	-------

Wnioskuje o ponowne przeliczenie dochodów osiągniętych przez studenta/członków mojej rodziny
w roku ze względu na :

1. utratę dochodu z dniem przez
(podać imię i nazwisko członka rodziny oraz stopień pokrewieństwa)

w wysokości zł, dokumenty potwierdzające zmianę sytuacji:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

2. uzyskanie dochodu z dniem przez
(podać imię i nazwisko członka rodziny oraz stopień pokrewieństwa)

w wysokości zł, dokumenty potwierdzające zmianę sytuacji:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

3. zmianę składu rodziny z dniem przez
(podać imię i nazwisko członka rodziny oraz stopień pokrewieństwa)

dokumenty potwierdzające zmianę sytuacji:

- 1.....
- 2.....

Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

.....
czytelny podpis studenta