

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB  
NIEPEŁNOSPRAWNYCH w roku akademickim 20.../ 20...\***

**KOMISJA STYPENDIALNA Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach**

Dane studenta ubiegającego się o przyznanie stypendium:

<b>Nazwisko</b>				<b>Imię</b>			
<b>Kierunek studiów</b>						<input type="checkbox"/> IV rok/ sem. zimowy	
<b>Rok studiów</b>		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI		<input type="checkbox"/> I <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> II <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie		<b>Numer albumu ↓</b> _____	
				<b>Forma studiów</b> <input type="checkbox"/> stacjonarne <input type="checkbox"/> niestacjonarne			
<b>Adres stałego zamieszkania</b>		ulica / miejscowość				nr domu	nr lokalu
<b>Kod</b>	___ - ___	<b>Miasto/ Poczta</b>			<b>województwo</b>		
<b>Adres korespondencyjny</b>		<input type="checkbox"/> jak wyżej <input type="checkbox"/> inny		ulica/ miejscowość		nr domu	nr lokalu
<b>Kod</b>	___ - ___	<b>Miasto/ Poczta</b>			<b>województwo</b>		
<b>Telefon kontaktowy</b>				<b>e-mail</b>			

Art. 41 § 1 KPA - W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego.

Proszę o przyznanie w roku akademickim 20.../20...:

↓ **Przyznane świadczenia** (wypełnia członek Komisji  
Stypendialnej)

stypendium dla osób niepełnosprawnych

**OŚWIADCZENIE STUDENTA SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK:**

Na podstawie § 16 Regulaminu świadczeń dla studentów Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach – Uzyskanie przez studenta prawa do świadczeń, o których mowa w § 3 ust. 1 Regulaminu poprzez przedstawienie nieprawdziwych danych, przerobionych, podrobionych lub nieważnych dokumentów, skutkuje **pozbawieniem prawa do świadczeń i zwrotem nienależnie otrzymanych środków** na rzecz funduszu stypendialnego a także możliwością poniesienia odpowiedzialności dyscyplinarnej lub karnej.

**Zapoznałem/-am się z treścią powyższego oświadczenia.**

....., dnia .....

miejsowość

data

.....  
czytelny, własnoręczny podpis studenta

**DECYZJA:**

**Komisja Stypendialna:**

Przyznaje świadczenie w roku akademickim 20.../20..., w okresie od ..... r. do ..... r.

.....  
podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej

Przyznaje świadczenie w roku akademickim 20.../20..., w okresie od ..... r. do ..... r.

.....  
podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej

Zmienia wysokość świadczenia w roku akademickim 20.../20... od miesiąca ..... r., od miesiąca ..... r.

.....  
podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej

.....  
podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej

od miesiąca ..... r.,

od miesiąca ..... r.

.....  
podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej

.....  
podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej

Nie przyznaje świadczenia w roku akademickim 20.../20....

.....  
podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej

\*Wniosek wraz z załącznikami należy złożyć w Centrum Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami, ul. Śląska 11A, 25-328 Kielce, tel. 41 349-78-78