

Katowice, dnia

.....
Nazwisko i imię

Numer albumu.....

Rok studiów.....

Forma studiów stacjonarne
 niestacjonarne

Rozpoczęcie studiów Rok akademicki 20..... / 20.....

**DOKTORANCKA KOMISJA ŚWIADCZEŃ POMOCY
MATERIALNEJ
UNIWERSTYTETU EKONOMICZNEGO
W KATOWICACH**

**Wniosek
o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych
w roku akademickim 20..... / 20.....**

1. Uzasadnienie wniosku

.....
.....

2. Oświadczam , iż

- a) zapoznałem(am) się z warunkami przyznawania stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych zamieszczonymi w „Regulaminie ustalania wysokości, przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej dla doktorantów Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”
- b) ubiegam się o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych na studiach doktoranckich tylko w UE Katowice,
- c) wyrażam zgodę na gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów stypendialnych,
- d) wyrażam zgodę na dokonanie potrącenia z przysługujących mi wierzytelności od Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach jakichkolwiek kwot nienależnie wypłaconych na moją rzecz przez Uniwersytet Ekonomiczny,
- e) a w przypadku, gdy Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach dokona **nienależnie** przelewu środków pieniężnych na mój rachunek bankowy, a brak będzie jakichkolwiek wierzytelności przysługujących mi od Uniwersytetu, zobowiązuję się do zwrotu nienależnie otrzymanej kwoty w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty powzięcia informacji jej otrzymaniu.

3. Jednocześnie świadomy(a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania z art. 233 §1 kodeksu karnego (Dz.U. z 1997 r. nr 88, poz. 553, z póź. zm.) oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej za podawanie nieprawdziwych danych - aż do wydalenia mnie z Uniwersytetu i włącznie, oświadczam, że wszystkie przekazane dokumenty i podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

.....
Podpis doktoranta

UWAGA!!! Doktoranci, którzy składają wniosek po raz pierwszy lub zmieniają numer rachunku bankowego, zobowiązani są do podania aktualnego numeru rachunku bankowego zgodnie z Załącznikiem nr 7.

Załącznik:

1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu)

Adres stałego miejsca zamieszkania doktoranta

.....
Kod pocztowy Miejscowość Ulica Województwo

.....
Numer dowodu osobistego PESEL Telefon kontaktowy i e-mail

Katowice, dnia

.....
Podpis doktoranta

.....
Podpis pracownika UE

DECYZJA DOKTORANCKIEJ KOMISJI ŚWIADCZEŃ POMOCY MATERIALNEJ

Wysokość stypendium	Okres, na który stypendium zostało przyznane	Data rozpatrzenia wniosku	Pieczęć i podpis Przewodniczącego Doktoranckiej Komisji Świadczeń Pomocy Materialnej