

Wniosek został złożony w dziekanacie:

(data, podpis i pieczętka pracownika dziekanatu przyjmującego wniosek)

Załącznik nr 7
do "Regulaminu przyznawania świadczeń pomocy
materialnej dla doktorantów
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach"

OŚWIADCZENIE

Nazwisko i imiona doktoranta: _____	Nr albumu: _____
Wydział: _____	Rok studiów: _____
Miejsce stałego zameldowania: ul. _____ nr domu _____ nr lokalu _____ kod _____ Miejscowość _____ woj. _____	Telefon kontaktowy: _____ _____
Adres zamieszkania: ul. _____ nr domu _____ nr lokalu _____ kod _____ Miejscowość _____ woj. _____	e-mail: _____ _____

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej, cywilno-prawnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych,
oświadczam że:

- Jestem doktorantem/ką kierunku studiów	tak	(jakiego) _____ (nazwa kierunku, rok studiów)	nie
- Jestem doktorantem/ką innej Uczelni	tak	(jakiej) _____ (nazwa Uczelni)	nie
- Jestem absolwentem/ką studiów doktoranckich	tak	(jakiego) _____ (nazwa Uczelni, rok ukończenia)	nie

- Pobieram/nie pobieram* świadczeń pomocy materialnej na innych kierunkach studiów/studiach doktoranckich w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach oraz na innych uczelniach.

_____ dnia _____

Własnoręczny podpis doktoranta

*
niepotrzebne skreślić