

Wniosek został złożony w dziekanacie:

(data, podpis i pieczętka pracownika dziekanatu przyjmującego wniosek)

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

OŚWIADCZENIE

Nazwisko i imię doktoranta: _____	Nr albumu: _____
Wydział: _____	Rok studiów: _____
Miejsce stałego zameldowania: ul. _____ nr domu _____ nr lokalu _____ kod _____ Miejscowość _____ woj. _____	Telefon kontaktowy: _____ _____
Adres do korespondencji: 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 studentem/ką kierunku studiów	tak	(jakich) _____ (nazwa Uczelni, kierunek, rok studiów)	nie
- Jestem doktorantem/ką innej Uczelni	tak	(jakich) _____ (nazwa Uczelni, rok studiów)	nie
- Jestem absolwentem/ką studiów doktoranckich	tak	(jakich) _____ (nazwa Uczelni, data ukończenia)	nie
- Jestem absolwentem/ką studiów	tak	(jakich) _____ (nazwa Uczelni, rodzaj studiów - I/II stopnia/jednolitych magisterskich, data ukończenia)	nie

- 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