

Wniosek został złożony w dziekanacie:

(data, podpis i pieczęćka pracownika dziekanatu przyjmującego wniosek)

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

OŚWIADCZENIE

Nazwisko i imiona studenta/doktoranta*: _____	Nr albumu: _____
Wydział: _____	
Forma studiów: Stacjonarne Niestacjonarne	Rodzaj studiów: I stopnia II stopnia jednolite magisterskie
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 studentem/ką innego kierunku	tak	(jakiego) _____	nie
		(nazwa kierunku, rok studiów)	
- Jestem studentem/ką innej Uczelni	tak	(jakiej) _____	nie
		(nazwa Uczelni)	
- Jestem absolwentem/ką innego kierunku	tak	(jakiego) _____	nie
		(nazwa Uczelni, kierunek, rok ukończenia)	

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

_____ dnia _____

Własnoręczny podpis studenta/doktoranta*

* niepotrzebne skreślić