

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 imię studenta: _____		Nr albumu: _____	
Wydział: _____		Kierunek studiów: _____	Rok studiów: _____
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 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 innego kierunku studiów

tak nie (w przypadku zaznaczenia "tak" wypełnij poniższą tabelę)

Nazwa Uczelni: _____ _____ _____	Kierunek studiów: _____ _____ _____	Rok studiów: _____ _____ _____
---	--	---

- Jestem absolwentem/ką kierunku studiów

tak nie (w przypadku zaznaczenia "tak" wypełnij poniższą tabelę)

Absolwent studiów I stopnia	Nazwa Uczelni: _____	Kierunek studiów: _____	Data ukończenia: _____
Absolwent studiów II stopnia	Nazwa Uczelni: _____	Kierunek studiów: _____	Data ukończenia: _____
Absolwent jednolitych studiów magist. lub równorzędnych	Nazwa Uczelni: _____	Kierunek studiów: _____	Data ukończenia: _____

- Nie pobieram świadczeń pomocy materialnej na innych kierunkach studiów w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach oraz na innych uczelniach.

_____ dnia _____

Własnoręczny podpis studenta