

Data złożenia wniosku (pieczętka i podpis pracownika).....

**Wniosek o przyznanie Zapomogi
w roku akademickim**

Imię i Nazwisko			
Miejsce stałego zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, województwo, powiat, ulica, nr domu, nr lokalu)			
Adres do korespondencji (kod pocztowy, miejscowość, województwo, powiat, ulica, nr domu, nr lokalu)			
Numer telefonu		Adres e-mail w domenie ŚUM	
Wydział: ☐ Wydział Nauk Medycznych w Zabrze* ☐ Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu* ☐ Wydział Nauk Medycznych w Katowicach* ☐ Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach* ☐ Wydział Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu* ☐ Filia w Bielsku - Białej*			
*zaznacz właściwe			
kierunek studiów:			
Forma studiów: ☐ stacjonarne ☐ niestacjonarne		Numer albumu	Rok studiów
☐ - jednolite studia magisterskie			
☐ - studia I-stopnia			
☐ - studia II-stopnia			

Wnioskuje o przyznanie Zapomogi:

Przyczyna wystąpienia przejściowej trudnej sytuacji życiowej:

- ☐ Śmierć członka rodziny
- ☐ Ciężka choroba w rodzinie
- ☐ Klęska żywiołowa
- ☐ Inne:

Data wystąpienia zdarzenia:

Uzasadnienie:
.....

Przyznane świadczenie proszę przekazać na mój rachunek bankowy:

Numer konta

Nazwa banku

Do wniosku załączam dokumenty potwierdzające wystąpienie zdarzenia:

L.p.	Nazwa dokumentu	Ilość sztuk
1.	Oświadczenie załącznik nr 8	1
2.		
3.		

Oświadczenie Studenta:

Świadoma/y odpowiedzialności karnej z art. 233 kk, cywilnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że:

- wszystkie podane przeze mnie we wniosku informacje i załączone dokumenty są prawdziwe i obejmują wszystkie źródła dochodów mojej rodziny,
- zapoznałem się z *Regulaminem przyznawania świadczeń dla studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach*.

Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku.

(data i podpis Studenta)

Wypełnia Uczelnia

Rodzaj świadczenia	Decyzja pozytywna (X)	Decyzja negatywna (X)	Kwota świadczenia
Zapomoga			

☐ Nie przyznano świadczeń z powodu

.....
.....

Katowice, dnia

(pieczęć i podpis upoważnionego pracownika Uczelni/członka UKS)

Zmiana decyzji:

.....
.....

Katowice, dnia

(pieczęć i podpis upoważnionego pracownika Uczelni/członka UKS)