

Załącznik Nr 12 do „Regulaminu
przyznawania świadczeń dla studentów
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach”

.....
(Imię i nazwisko studenta)

.....
(adres)

.....
Numer albumu

WNIOSEK O PONOWNE PRZELICZENIE DOCHODU

Wnoszę o ponowne przeliczenie dochodów osiągniętych w roku..... przez członków mojej rodziny ze względu na:

- **utratę dochodu** przez członka mojej rodziny:

.....
Podać imię i nazwisko i stopień pokrewieństwa

w wysokości.....

Do wniosku załączam dokumenty:

-
-
-

(podać nazwę załączonych dokumentów określających utratę dochodu oraz miesięczną wysokość utraconego dochodu)

Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis studenta)