

Oświadczam, że:

Nie studiuje równolegle na innej uczelni/kierunku

Studiuje równolegle na innej uczelni/kierunku:

Nazwa uczelni:

Kierunek studiów:

Nie wnioskowałam(em) o przyznanie, ani nie pobieram świadczeń na innej uczelni/innym kierunku studiów

Wnioskowałam(em) o przyznanie/pobieram świadczenia na innej uczelni/kierunku:

Nazwa uczelni:

Kierunek studiów:

Nie studiowałam(em) wcześniej, przed rozpoczęciem bieżącego toku studiów.

Studiowałam(em) wcześniej:

Nazwa uczelni:

Kierunek studiów:

Jestem absolwentką(em)

Studiów pierwszego stopnia (licencjackich lub inżynierskich)

Nazwa uczelni:

Kierunek studiów:

Rok ukończenia:

Studiów drugiego stopnia (magisterskich).

Nazwa uczelni:

Kierunek studiów:

Rok ukończenia:

Nie ukończyłam(em) żadnego kierunku studiów i nie studiowałam przed rozpoczęciem bieżącego toku studiów.

Nie ukończyłam(em) żadnego kierunku studiów, ale studiowałam przed rozpoczęciem bieżącego toku studiów.

Łączny okres studiowania na wszystkich uczelniach w semestrach (semestry, w których student studiował na 2 lub więcej kierunkach liczone są raz):

jest krótszy niż 7 semestrów

mieści się w przedziale 7 - 9 semestrów

mieści się w przedziale 9-12 semestrów

mieści się w przedziale 12-14 semestrów

jest dłuższy niż 14 semestrów

Dokładna liczba **rozpoczętych**² przeze mnie semestrów (na wszystkich uczelniach, na których dotąd studiowałam(am) wynosi: semestrów

.....
(podpis studenta)

² Proszę wskazać **wszystkie rozpoczęte** semestry, nawet jeśli nie zostały ukończone (zaliczone).

Oświadczam, że:

1. *Nie ukończyłem/studiów tego samego lub wyższego stopnia na tym samym, lub innym kierunku, na tej samej, lub innej uczelni. Przyjmuję do wiadomości, że po ukończeniu dowolnego kierunku studiów tego samego, lub wyższego stopnia nie przysługuje mi prawo do świadczeń w formie stypendium rektora, stypendium socjalnego, stypendium dla osób niepełnosprawnych i zapomogi, na studiach tego samego stopnia.*
2. *Znane są mi przepisy dotyczące zakazu pobierania świadczeń na drugim kierunku studiów, **zakazu pobierania świadczeń po ukończeniu studiów równorzędnego, lub wyższego stopnia, lub wyczerpaniu limitu semestrów**, w których **przysługuje mi prawo do świadczeń** oraz wynikający z nich obowiązek zwrotu świadczeń pobranych nieprawnie.*
3. *Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem świadczeń dla studentów Poznańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I.*
4. *Przyjmuję do wiadomości obowiązek zwrotu świadczeń otrzymanych na podstawie nieprawdziwych danych.*
5. *Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 kodeksu karnego, cywilno-prawnej i dyscyplinarnej (aż do wydalenia z Uczelni włącznie) za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że ubiegam się o przyznanie ww. pomocy tylko w Poznańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I na jednym kierunku studiów oraz, że podane informacje dotyczące mojej rodziny, a także rodzaje i wysokość dochodów są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.*
6. *Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych Poznańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I dla celów pomocy materialnej. Oświadczam, że wiem o moim prawie do wglądu oraz poprawiania tych danych.*

Data i podpis wnioskodawcy.....

Data:

Podpis studenta: