

Data wpływu:

Podpis osoby przyjmującej:

.....

(miejscowość, data)

Komisja Stypendialna

Poznańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I

WNIOSEK O ZAPOMOGĘ

rok akademicki 2025/2026- semestr zimowy

Nazwisko i imię (proszę wypełniać czytelnie)

Nr albumu

Wydział

Kierunek¹

administracja I st.	kierunek lekarski	pielęgniarstwo I st.	
administracja II st.	kosmetologia I st.	pielęgniarstwo II st.	
bezpieczeństwo wewnętrzne I st.	pedagogika I st.	psychologia JSM	
filologia angielska I st.	pedagogika II st.	ratownictwo medyczne I st.	
fizjoterapia II st.	pedagogika przed. i wczesnosz. JSM	wychowanie fizyczne I st.	
fizjoterapia JSM	<i>Tryb stacjonarny</i>	<i>Tryb niestacjonarny</i>	

Numer telefonu

e-mail.....

Proszę o przyznanie zapomogi

1. Uzasadnienie wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Deklarowany miesięczny dochód na osobę w gospodarstwie domowym studenta.....(PLN).

Pkt.1,2 - wypełnia student

Wymagane załączniki do Wniosku o zapomogę:

- Dokumenty potwierdzające zdarzenie losowe w rodzinie studenta, wystawione przez upoważnione urzędy i instytucje (na życzenie studenta).

Numer konta bankowego:

Oświadczam, że:

.....

¹ Proszę zaznaczyć właściwy kierunek oraz tryb studiów.

Nie studiuję równoległe na innej uczelni/kierunku

Studiuję równoległe 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)

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*

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

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: