

Data złożenia wniosku Podpis pracownika Biura Spraw Studenckich Nr wniosku : APD5 - 517-544 -/20.....

| | |
|--|---|
| Nazwisko | KOMISJA STYPENDIALNA STUDENTÓW WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO |
| Imię | |
| Nr albumu PESEL | |
| Wydział Rok studiów w r. a: 20.... /20.... | |
| Kraj Zasada studiowania: stypendium .RP, bez świadczeń, za odpłatnością dewizową (właściwie zaznaczyć) | |
| Wiza Nr ważna do..... | |
| lub karta czasowego pobytu nr ważna do..... | |
| lub inny dokument * | |
| Nr ważny do..... | |
| Telefon kontaktowy | |
| Adres e-mail | |
| Status studenta: <i>bez warunku; warunkowo; na urlopie dziękąńskim, zdrowotnym; powtarzam..... rok studiów</i> (właściwie zaznaczyć) | |

* inny dokument – zgodny z § 8 Regulaminu przyznawania miejsc w domach studenckich Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK O PRYZNANIE MIEJSCA W DOMU STUDENTA na rok akademicki: 20..../20....
/dotyczy studentów cudzoziemców studiujących w języku polskim/

1/ wnioskuję o przyznanie miejsca w : **DS.1***; **DS.2***; **DS.2 Bis*** *właściwie zaznaczyć

2/ w roku akad. 20..../20.... mieszkałem/am/ w DS. nr / na stacji / *wpisać Nr DS.

3/ okoliczności uzasadniające wniosek /z jakiego powodu chcę mieszkać w DS/.....
.....
.....

Oświadczenie studenta

1. Zapoznałem / zapoznałam się z Regulaminem przyznawania miejsc w Domach Studenta dla studentów i doktorantów WUM. Jestem świadomy / świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
2. Do wniosku dołączam oświadczenie dotyczące wyrażenia zgody (członka rodziny/przedstawiciela ustawowego członka rodziny*) studenta/doktoranta* na przetwarzanie danych osobowych - szt. *)właściwie zakreślić

.....
/ data i podpis studenta /

DECYZJA KOMISJI STYPENDIALNEJ

Przyznano miejsce w Domu Studenta.....odna okres roku akademickiego 20.../20...

Nie przyznano miejsca w Domu Studenta z powodu*:

- a) braku miejsc
- b) inne

.....
Data

.....
Podpis Przewodniczącego/Wiceprzewodniczącego Komisji Stypendialnej Studentów