Załącznik Nr 16 do Zarządzenia Nr 59/2017 Rektora WUM

Data złożenia ……

Podpis pracownika **Biura Spraw Studenckich** ……

Nazwisko .....

Imię .....

Nr albumu …… **PESEL** ……

Wydział …… **Rok studiów** …… w r. akad:20…/20...

Kraj .....……

Wiza Nr ……... ważna do ……

lub **karta czasowego pobytu nr** …….. ważna do ……

lub **inny dokument** * ……..

Nr ……... ważny do……

Telefon kontaktowy …….

Adres e-mail ……..

Biuro Spraw Studenckich
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

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

Oświadczam, że w miesiącach wakacyjnych w okresie od ……

do……..będę przebywał(a) na terytorium Polski

i zwracam się z prośbą o wypłatę stypendium Rządu RP za ten okres.

Świadom odpowiedzialności dyscyplinarnej oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....

Data i podpis studenta

Adnotacje pracownika **Biura Spraw Studenckich**:

.....

……

……

……

……

……

……