

do Szczegółowego regulaminu ustalania wysokości, przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej dla studentów
Warszawskiej Uczelni Medycznej im. Tadeusza Koźłuka

WARSZAWSKA UCZELNIA MEDYCZNA im. TADEUSZA KOŹŁUKA

UCZELNIANA KOMISJA STYPENDIALNA

**Oświadczenie
o niepobieraniu świadczeń pomocy materialnej
na więcej niż jednym kierunku**

<i>Imię i nazwisko</i>	
<i>PESEL</i>	
<i>Adres stałego zamieszkania</i>	
<i>Kierunek studiów</i>	
<i>Rok studiów</i>	
<i>Nr albumu</i>	
<i>Studia stacjonarne/niestacjonarne *</i>	
<i>Nr telefonu/adres e-mail</i>	

Zgodnie z postanowieniami §4 *Szczegółowego regulaminu ustalania wysokości, przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej dla studentów Warszawskiej Uczelni Medycznej im. Tadeusza Koźłuka* oświadczam, iż:

1. nie ukończyłem(a)m dotychczas studiów pierwszego stopnia/drugiego stopnia na żadnej uczelni;
2. nie ubiegam się o świadczenia pomocy materialnej, o których mowa w §1 wymienionego Regulaminu na innym kierunku studiów w WUMed ani też na żadnym kierunku w żadnej innej uczelni.

Świadomy (a) odpowiedzialności karnej w przypadku podania nieprawdziwych danych oświadczam, że przedstawione przeze mnie powyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
miejsowość, data

.....
podpis studenta składającego oświadczenie

* niepotrzebne skreślić