



**OŚWIADCZENIE**  
W SPRAWIE WSKAZANIA STUDIÓW, NA KTÓRYCH BĘDZIE POBIERANE ŚWIADCZENIE  
W ROKU AKADEMICKIM 2019/2020

**I: DANE OSOBOWE DOKTORANTA**

Nazwisko i imię **doktoranta**: \_\_\_\_\_ Nr albumu 

--	--	--	--

Wydział: \_\_\_\_\_

Dziedzina/dyscyplina: \_\_\_\_\_ Rok studiów: \_\_\_\_\_

Studia:  stacjonarne  niestacjonarne

Adres do korespondencji: \_\_\_\_\_

**II: OŚWIADCZENIE DOKTORANTA**  
W SPRAWIE WSKAZANIA STUDIÓW, NA KTÓRYCH BĘDZIE POBIERANE ŚWIADCZENIE W ROKU AKADEMICKIM 2019/2020

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 23 ust. 2a ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U.2018.2220 t.j. ze zm.), w związku z art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U.2018.1668 t.j. ze zm.)) i oświadczam, że:

w bieżącym roku akademickim: \_\_\_\_\_ przysługujące mi świadczenie:

(należy wpisać rodzaj świadczenia: stypendium socjalne, stypendium dla osób niepełnosprawnych, zapomoga)

będę pobierać na studiach doktoranckich w ramach dziedziny/dyscypliny \_\_\_\_\_

Wydział \_\_\_\_\_  
(należy wypełnić)

Uczelnia \_\_\_\_\_  
(należy wypełnić)

\_\_\_\_\_ miejscowość, data

\_\_\_\_\_ podpis doktoranta

**III: WYPEŁNIA PRACOWNIK**

UWAGI:

\_\_\_\_\_ data złożenia oświadczenia, podpis i pieczęć pracownika