



**OŚWIADCZENIE DO CELÓW STYPENDIALNYCH
W PRZEDMIOCIE ZMIANY ADRESU DO KORESPONDENCJI
W ROKU AKADEMICKIM 2017/2018**

I: DANE OSOBOWE DOKTORANTA

Imię i nazwisko **doktoranta** : _____ Nr albumu

--	--	--	--

Miejsce zamieszkania: _____

Wydział: _____

Dziedzina/dyscyplina: _____ Rok studiów: _____

Studia: stacjonarne niestacjonarne

II: OŚWIADCZENIE DOKTORANTA DO CELÓW STYPENDIALNYCH W ROKU AKADEMICKIM 2017/2018

Ja niżej podpisany/a **oświadczam, że**:

- wszelką korespondencję należy kierować pod następujący adres:

Ulica _____ nr domu _____ nr lokalu _____

Miejscowość _____ kod pocztowy _____

e-mail: _____

- dane zawarte w oświadczeniu są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym;
- zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia właściwy organ uczelni o każdej kolejnej zmianie miejsca zamieszkania lub adresu do korespondencji w roku akademickim 2017/2018, pod rygorem uznania kierowanej korespondencji za skutecznie doręczoną;
- jestem w pełni świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, na podstawie art. 233 § 1 w zw. z § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U.2016.1137 t.j. ze zm.) oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej, na podstawie art. 226 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U.2016.1842 t.j. ze zm.)

miejscowość, data

podpis osoby składającej oświadczenie

III: WYPEŁNIA PRACOWNIK

UWAGI:

data złożenia oświadczenia, podpis i pieczęć pracownika