

Nazwisko i imię					
Adres stałego zamieszkania					
Adres do korespondencji					
Telefon kontaktowy					
Adres e-mail					
Nr albumu					
Kierunek studiów / specjalność					
Rok studiów	☐ I rok	☐ II rok	☐ III rok	☐ IV rok / 7 sem.	☐ V rok
Poziom studiów	☐ I stopień		☐ II stopień		☐ jednolite magisterskie
Forma studiów	☐ stacjonarne			☐ niestacjonarne	
Data rozpoczęcia studiów					

☐ trwały – wydane na stałe od dnia ____ - ____ - ____

☐ okresowy – wydane od dnia ____ - ____ - ____ do dnia ____ - ____ - ____

1.
2.

[illegible]

Nazwa Banku:

OŚWIADCZENIE STUDENTA

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji - art. 233 § 1 kk („kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”), odpowiedzialności na podstawie art. 286 § 1 kk („kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”) oraz **odpowiedzialności dyscyplinarnej** określonej w art. 307 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oświadczam, że:

- 1) wniosek wraz z załącznikami stanowi komplet dokumentacji, a dane w nich zawarte są zgodne ze stanem faktycznym na dzień składania wniosku,
- 2) zapoznałem/am się z „Regulaminem świadczeń dla studentów Uniwersytetu Jana Długosza w Częstochowie”,
- 3) zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia Uczelni o:
 - a) uzyskaniu prawa do pobierania świadczeń na innym kierunku studiów lub w innej uczelni,
 - b) uzyskaniu tytułu zawodowego w trakcie roku akademickiego, w którym będę pobierał świadczenie,
 - c) zaistnieniu okoliczności mających wpływ na ustalenie prawa do świadczenia lub jego wysokości, określonych w Regulaminie świadczeń.

4) **ukończyłem studia**

☐ **TAK** (jeżeli tak wypełnić poniższą tabelę)

☐ **NIE**

Rodzaj studiów	Nazwa Uczelni	Kierunek	Rok ukończenia
Studia I stopnia			
Studia II stopnia			
Studia jednolite magisterskie			

5) **studium na innym kierunku studiów**

☐ **TAK** (jeżeli tak wypełnić poniższą tabelę)

☐ **NIE**

Nazwa Uczelni	Kierunek studiów	Rok rozpoczęcia studiów	Planowany termin ukończenia studiów	Złożyłem/am wniosek o świadczenia stypendialne na tym kierunku (wpisać TAK lub NIE)

6) **studiowałem/łam na studiach, ale ich nie ukończyłem/am** (należy wskazać wszystkie dotychczas studiowane kierunki studiów, które nie zostały ukończone np.: z powodu skreślenia lub rezygnacji ze studiów)

☐ **TAK** (jeżeli tak wypełnić poniższą tabelę)

☐ **NIE**

Studia I stopnia					
lp.	Nazwa Uczelni	kierunek	Od (dd-mm-rrrr)	Do (dd-mm-rrrr)	Liczba rozpoczę- tych semestrów
1					
2					
3					

Łączny okres studiowania na **studiach pierwszego stopnia** (łącznie wszystkie rozpoczęte semestry wraz z urlopami):
(wpisać liczbę semestrów)

Studia II stopnia					
lp.	Nazwa Uczelni	kierunek	Od (dd-mm-rrrr)	Do (dd-mm-rrrr)	Liczba rozpoczę- tych semestrów
1					
2					
3					

Łączny okres studiowania na **studiach drugiego stopnia** (łącznie wszystkie rozpoczęte semestry wraz z urlopami):
(wpisać liczbę semestrów)

Studia jednolite magisterskie					
lp.	Nazwa Uczelni	kierunek	Od (dd-mm-rrrr)	Do (dd-mm-rrrr)	Liczba rozpoczę- tych semestrów
1					
2					
3					

Łączny okres studiowania na **studiach jednolitych magisterskich** (łącznie wszystkie rozpoczęte semestry wraz z urlopami):
(wpisać liczbę semestrów)

Częstochowa, dnia

.....
(czytelny podpis studenta)

Wypełnia pracownik UJD

Data złożenia wniosku:

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

.....
(pieczęć i podpis)

Wypełnia organ przyznający świadczenie

DECYZJA

Komisja Stypendialna / Rektor* (wstawić x w kratkę)

☐ przyznaje

☐ nie przyznaje

w semestrze zimowym stypendium dla osób niepełnosprawnych
w wysokości:

--	--	--	--

 zł

Data:

Przewodniczący Komisji Stypendialnej / Rektor*:

.....
(pieczęć i podpis)

Podpisy członków Komisji Stypendialnej: (w przypadku powołania komisji):

* niewłaściwe skreślić

Wypełnia organ przyznający świadczenie

DECYZJA

Komisja Stypendialna / Rektor* (wstawić x w kratkę)

☐ przyznaje

☐ nie przyznaje

w semestrze letnim stypendium dla osób niepełnosprawnych
w wysokości:

--	--	--	--

 zł

Data:

Przewodniczący Komisji Stypendialnej / Rektor*:

.....
(pieczęć i podpis)

Podpisy członków Komisji Stypendialnej: (w przypadku powołania komisji):

* niewłaściwe skreślić