*Załącznik nr 8 do Regulaminu*

Wrocław, dnia …………....................

|  |
| --- |
|  DANE WNIOSKODAWCY |
| Imię i nazwisko: |  |
| Nr albumu: |  |

**Rektor / Komisja Stypendialna dla Studentów**

**ASP im. E. Gepperta we Wrocławiu**

**Wniosek o przeniesienie wypłaty stypendium socjalnego, stypendium dla osób niepełnosprawnych**

**na inny kierunek studiów**

Uprzejmie proszę o przeniesienie wypłaty:

 stypendium socjalnego / stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości

 stypendium dla osób niepełnosprawnych

przyznanego na semestr zimowy / letni w roku akademickim 20………../20……….. w kwocie ………………… zł/ m-c

z kierunku …………………………………………………………………………………………..………………………….

na wydziale

na drugi studiowany przeze mnie kierunek

na wydziale

Prośbę swoją motywuję:

 skreśleniem z listy studentów na kierunku, na którym dotychczas pobierałam/em świadczenie,

 uzyskaniem urlopu na kierunku na studiach, gdzie dotychczas pobierałam/em świadczenie.

**OŚWIADCZENIE**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 § 1 Kodeksu karnego – „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 o odpowiedzialności dyscyplinarnej określonej w dziale VII rozdział 2-3\* ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, zw. dalej ustawą, oświadczam, że:

* zapoznałem/am się z treścią art. 93 ustawy i oświadczam, że do dnia złożenia niniejszego wniosku spełniam warunki do otrzymywania stypendium na drugim studiowanym przeze mnie kierunku / studiach doktoranckich,
* zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Uczelni o wystąpieniu okoliczności, o których mowa w art. 93 ust. 2 i 3 ustawy, mających wpływ na prawo do świadczeń,
* nie pobieram stypendium socjalnego/stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości, stypendium dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku / studiach doktoranckich, w tym na innej uczelni.

 podpis wnioskodawcy ……………………………………………………….