|  |
| --- |
| ***D a t a z ł o ż e n i a w n i o s k u*** *( p i e c z ę ć i p o d p i s )*  |

*Załącznik nr 6
do Regulaminu świadczeń dla studentów
Akademii Piotrkowskiej*

 **WNIOSEK O PONOWNE PRZELICZENIE DOCHODU**

**w roku akademickim 20…/20…**

**KOMISJA STYPENDIALNA AKADEMII PIOTRKOWSKIEJ**

 **Dane studenta składającego wniosek:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko**  |  | **Imię**  |  |
| **Kierunek studiów**  |   |  |  **IV rok**/ sem. zimowy  |
| **Rok studiów**  | **III** **I** **II** **IV** **V** **VI**  |   **Iº IIº**  **jednolite magisterskie**  | **Numer albumu ↓**  | **Forma studiów: stacjonarne**  **niestacjonarne**  |

**Wnioskuję o ponowne przeliczenie dochodów osiągniętych przez wnioskodawcę*/* członków rodziny, ze względu na:**

1. **Utratę dochodu**1**.** Przeliczenie od miesiąca: ……………..……………………………………….…… 20…... r.

*........................................................................................................................................................................................*

*( i m i ę i n a z w i s k o s t u d e n t a l u b c z ł o n k a r o d z i n y o r a z s t o p i e ń p o k r e w i e ń s t w a )*

* 1. wysokości ..................... zł, co potwierdzam następującymi dokumentami: …………………….….………………..……….…....

........................................................................................................................................................................................

1. **Uzyskanie dochodu**2. Przeliczenie od miesiąca: ……………..…………………..………………… 20…... r.

*........................................................................................................................................................................................*

*( i m i ę i n a z w i s k o s t u d e n t a l u b c z ł o n k a r o d z i n y o r a z s t o p i e ń p o k r e w i e ń s t w a )*

* 1. wysokości .................... zł (netto/ brutto\*), co potwierdzam następującymi dokumentami: .……….………………….…..

........................................................................................................................................................................................

1. **Inne zdarzenie**, które nastąpiło od momentu złożenia wniosku ………………………..…………………………………….……………… …………………………………………………………………………... Przeliczenie od miesiąca ……….……………….…… 20 …… r.

Dołączam dokumenty potwierdzające zmianę: ...........................................................................................................

 ........................................................................................................................................................................................

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

 *miejscowość data czytelny podpis studenta*

**Komisja Stypendialna:** zmienia wysokość/ przyznaje/ nie przyznaje/ pozostawia bez zmian\* świadczenie w semestrze zimowym/ letnim w roku akademickim 20…/ 20….

Kwota stypendium …………… zł od miesiąca …………………..… r., Kwota stypendium …………… zł od miesiąca ………………..……… r.

 ………………..……………………… ………………………..……………….

 *podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej*

Kwota stypendium …………… zł od miesiąca …………….……… r., Kwota stypendium …………… zł od miesiąca ……………….…….… r.

 ………………..……………………… ………………………..……………….

 *podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej*

*\*niepotrzebne skreślić*

1. *zgodnie z art.3 pkt 23 ustawy o świadczeniach rodzinnych*
2. *zgodnie z art.3 pkt 24 ustawy o świadczeniach rodzinnych*