Załącznik nr 2 do Regulaminu

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

 (imię i nazwisko studenta, nr albumu)

 Komisja Stypendialna

 Akademii Pedagogiki Specjalnej

 im. Marii Grzegorzewskiej

 w Warszawie

**Wniosek o ponowne przeliczenie dochodu**

Proszę o ponowne przeliczenie dochodów osiągniętych przez członków mojej rodziny w roku akademickim…………………….. ze względu na:

1) Utratę dochodu przez ………………………………….., stopień pokrewieństwa …………………………….., co dokumentuję następującymi załącznikami:

1. ………………………………………………………………………………………………

2. ………………………………………………………………………………………………

3. ………………………………………………………………………………………………

4. ………………………………………………………………………………………………

5. ………………………………………………………………………………………………

 2) Uzyskanie dochodu przez …………………………………….., stopień pokrewieństwa

…………………………………., co dokumentuję następującymi załącznikami:

1. ………………………………………………………………………………………………

2. ………………………………………………………………………………………………

3. ………………………………………………………………………………………………

4. ………………………………………………………………………………………………

5. ………………………………………………………………………………………………

Przyznane świadczenie proszę przelać na rachunek bankowy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

 ……………………………………….. …………………………………..

 (miejscowość, data) (czytelny podpis studenta)