Załącznik nr 2
do Zarządzenia Nr 96/0101/2024 Rektora AJP
z dnia 3 września 2024 r.

SZKOŁA DOKTORSKA AKADEMII IM. JAKUBA Z PARADYŻA

Nazwisko i imiona doktoranta/tki .....

Dyscyplina/rok studiów .....

PESEL .....

Obywatelstwo .....

Oddział NFZ .....

Adres e-mail/tel. .....

WNIOSEK DOKTORANTA
O ZWIĘKSZENIE STYPENDIUM DOKTORANCKIEGO

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu *(właściwe zakreślić)*:

□ **lekkim** (= częściowa niezdolność do pracy, III grupa inwalidów)

□ **umiarkowanym** (= całkowita niezdolność do pracy, II grupa inwalidów)

□ **znacznym** (= całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji, I grupa inwalidów)

Termin ważności orzeczenia:

□ trwały – wydane na stałe od dnia ……..

□ okresowy – wydane od dnia …… do dnia ……..

Do wniosku dołączam kserokopię orzeczenia:

1. .....

2. .....

Nr konta doktoranta:

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającego z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17, ze zm.) - *„Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zaznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat”* oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej z art. 307 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 742, ze zm.).

…… ……..

miejscowość i data **czytelny podpis Doktoranta**

Załącznik nr 2
do Zarządzenia Nr 96/0101/2024 Rektora AJP
z dnia 3 września 2024 r.

I. Opinia Komisji:

Przyznano/nie przyznano zwiększenia stypendium doktoranckiego .....zł

.....

.....

.....

.....

.....

.....	.....	.....
data	**podpisy członków Komisji**	**pieczątka i podpis prorektora ds. kształcenia**