Załącznik nr 2
do Zarządzenia Nr 87/0101/2023 Rektora AJP
z dnia 12 września 2023 r.

SZKOŁA DOKTORSKA AKADEMII IM. JAKUBA Z PARADYŻA

Nazwisko i imiona doktorantki/doktoranta* .....

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/świadomy* 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 2022, poz. 1138 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*

***niepotrzebne skreślić**

Załącznik nr 2
do Zarządzenia Nr 87/0101/2023 Rektora AJP
z dnia 12 września 2023 r.

OPINIA KOMISJI

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

UZASADNIENIE

.....

.....

.....

.....

.....

.....
podpis członka Komisji

.....
podpis członka Komisji

.....
podpis członka Komisji

....
data podpis członka Komisji pieczątka i podpis prorektora ds. kształcenia

***niepotrzebne skreślić**