

Data złożenia

Podpis pracownika DOS.....

Nazwisko	
Imię	
Nr albumu	PESEL
Wydział	Rok studiów w r. akad:20.../20...
Kraj	
Wiza Nr	ważna do
lub karta czasowego pobytu nr ważna do	
lub inny dokument *	
Nr	ważny do.....
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

DZIAŁ OBSŁUGI STUDENTÓW
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

* inny dokument – zgodny z § 8 Regulaminu przyznawania miejsc w domach studenckich Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Oświadczam, że w miesiącach wakacyjnych w okresie od

do.....będę przebywał(a) na terytorium Polski
i zwracam się z prośbą o wypłatę stypendium Rządu RP za ten okres.

Świadom odpowiedzialności dyscyplinarnej oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Data i podpis studenta

Adnotacje pracownika Działu Obsługi Studentów:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....