



Imię i nazwisko studenta

PESEL

Adres

Komisja Stypendialna
Akademii Medycznej
Nauk Stosowanych i Holistycznych
Ul. Marcina Kasprzaka 49
01-234 Warszawa

Sygn. Akt¹

Oświadczenie

studenta o wyborze miejsca pobierania świadczeń

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny² oraz o odpowiedzialności dyscyplinarnej, wynikającej z art. 307 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce³ oświadczam, że⁴:

• pobieram świadczenie tylko na kierunku studiów
w Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych i nie pobieram wyżej przyznanego świadczenia na innym kierunku studiów w AMNSiH ani w innej uczelni;

• pobieram świadczenia na innym kierunku studiów w innej uczelni:

Kierunek:

Uczelnia:

i rezygnuję z pobierania świadczenia przyznanego w AMNSiH.

Miejscowość

Data

Czytelny podpis studenta

¹ Przepisać z decyzji

² Art. 233. § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

³ Art. 307. 1. Student podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie przepisów obowiązujących w uczelni oraz za czyn uchybiający godności studenta. 2. Za ten sam czyn student nie może być ukarany jednocześnie przez Rektora i komisję dyscyplinarną.

⁴ Oznaczyć właściwe znakiem X