

Data wpływu:	
Nr sprawy:	

## WNIOSEK „M-II”

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

### Część A

#### INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Imię ojca:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Dowód osobisty	Seria:
	Numer:
	Wydany przez:
	Data wydania:
	Data ważności:
Stan cywilny:	<input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty
Gospodarstwo domowe:	<input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne
Karta Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/> posiada <input type="checkbox"/> nie posiada
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
<b>ADRES ZAMIESZKANIA NA POBYT STAŁY</b>	
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	

Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś

#### ADRES ZAMELDOWANIA

<input type="checkbox"/> Taki sam jak adres zamieszkania	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

#### STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo

#### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> <b>05-R – narząd ruchu</b> , w zakresie:	<input type="checkbox"/> <b>obu</b> kończyn górnych	<input type="checkbox"/> <b>jednej</b> kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> <b>jednej</b> kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym
<input type="checkbox"/> Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego		
<input type="checkbox"/> Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego		

<input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	<b>Lewe oko:</b> Ostrość wzroku (w korekcji) ..... Zwężenie pola widzenia: .....stopni	<b>Prawe oko:</b> Ostrość wzroku (w korekcji)..... Zwężenie pola widzenia: .....stopni
---	--	--

Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
  - osoba głucha
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> nieaktywna/y zawodowo <input type="checkbox"/> bezrobotna/y (zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy)		<input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza <input type="checkbox"/> działalność rolnicza <input type="checkbox"/> zatrudniony
<b>Informacje dotyczące zatrudnienia (o ile dotyczy)</b>	<b>Zatrudniony od dnia:</b>	
	<b>Okres zatrudnienia:</b>	<input type="checkbox"/> na czas określony, do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:
	<b>Forma zatrudnienia:</b>	<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy
	<b>Nazwa pracodawcy:</b>	
	<b>Adres pracodawcy:</b>	
<b>Telefon kontaktowy do pracodawcy:</b>		

### WYKSZTAŁCENIE WNIOSKODAWCY

<input type="checkbox"/> średnie ogólne <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> inne, jakie:
---	--

## SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:  TAK  NIE

Jeśli „TAK”, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły ( kierunku nauki) oddzielnie

### DODATKOWE KOSZTY KSZTAŁCENIA WNIOSKODAWCY – dotyczy Modułu II

Wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty kształcenia  TAK z tytułu:  NIE

- pomocy tłumacza migowego  pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej  
 pomocy przewodnika/psa przewodnika  pobieranie nauki poza miejscem zamieszkania  
 uczestnictwa w dodatkowych zajęciach usprawniających poruszanie się lub komunikację

## INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?						TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>						

<b>FORMA KSZTAŁCENIA KTÓRA MA ZOSTAĆ DOFINANSOWANA NA PODSTAWIE NINIEJSZEGO WNIOSKU</b>	
<b>Kierunek 1</b>	
<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie <input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia <input type="checkbox"/> studia podyplomowe <input type="checkbox"/> studia doktoranckie <input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych	<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim <input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych <input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej <input type="checkbox"/> nauka w uczelni zagranicznej <input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej <input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)
<b>Okres trwania nauki (ile semestrów):</b>	
<b>Data rozpoczęcia nauki/studiów:</b>	
<b>Nauka odbywa się w systemie:</b>	<input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wnioskodawca otrzymał wcześniej dofinansowanie w ramach programu:</b>	
„STUDENT”	<input type="checkbox"/> tak – Liczba semestrów/ półroczy ..... <input type="checkbox"/> nie
„STUDENT II”	<input type="checkbox"/> tak – Liczba semestrów/ półroczy ..... <input type="checkbox"/> nie
„AKTYWNY SAMORZĄD”	<input type="checkbox"/> tak – Liczba semestrów/ półroczy ..... <input type="checkbox"/> nie

<b>WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA W JEDNYM PÓŁROCZU NAUKI</b>	
<b>Kierunek 1</b>	
<b>Rok akademicki:</b>	
<b>Pełna nazwa szkoły/uczelni:</b>	
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr budynku:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Adres WWW:</b>	
<b>Pełna nazwa wydziału:</b>	
<b>Pełna nazwa kierunku:</b>	

<b>Rok nauki:</b>			<b>Semestr:</b>	
Lp.	Rodzaj kosztu	Koszt	Inne źródła finansowania <sup>1</sup>	Kwota wnioskowana
1.	Opłata za naukę			
2.	Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego			
3.	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia			
<b>Razem:</b>				
<b>Słownie złotych:</b>				
<b>RAZEM KWOTA WNISKOWANA</b>				
			<b>Razem (wszystkie kierunki):</b>	
<b>Słownie złotych:</b>				
<b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:</b>			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:</b>			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<b>Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....</b>				
.....				
<p><u>Uwaga!</u> W ramach programu „Aktywny samorząd” nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON.</p> <p>Przez „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć:</p> <p>a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,</p> <p>b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,</li> <li>– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji</li> <li>– w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,</li> <li>– wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności</li> </ul>				
<p><b>Czy Wnioskodawca w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, np. zdarzenia noszące znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych, a także inne zdarzenia losowe (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane przez właściwą jednostkę.</b></p> <p style="text-align: right;">tak <input type="checkbox"/>      nie <input type="checkbox"/></p>				
<b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNISKODAWCY</b>				
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)				
<b>Numer rachunku bankowego:</b>				
<b>Nazwa banku</b>				

## OŚWIADCZENIA

### Oświadczam, że:

o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu .....  tak -  nie, informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,

zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: .....

przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,

przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,

w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie, przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelewanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

*Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.*

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

.....	.....	.....
Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

## 7. ZAŁĄCZNIKI: WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE

Nazwa załącznika		Wypełnia wyłącznie realizator programu (zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia/uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego stopień niepełnosprawności bądź równoważnego (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS) – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<b>Załącznik nr 1</b> - oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	<b>Załącznik nr 3</b> - oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4.	<p><b>Załącznik nr 4</b> - wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego.</p> <p><u>Uwaga!</u> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki.</p> <p><u>Uwaga!</u> Wzór określony w zał. nr 4 do wniosku nie dotyczy osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	<b>Załącznik 5</b> – Oświadczenie - okres przebytej nauki objęty dofinansowaniem ze środków PFRON w ramach programu: „STUDENT”, „STUDENT II”, „AKTYWNY SAMORZĄD”.			
6.	Kserokopia dokumentu stanowiącego pełnomocnictwo lub opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik lub opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni: zaświadczenie wystawione przez pracodawcę zawierające informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Część B – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU				
Lp.	Warunki weryfikacji formalnej	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe)		
		Tak	Nie	Uwagi
1.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



4.	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>		<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna		
<b>Data weryfikacji formalnej wniosku:</b>				

### DEKLARACJA BEZSTRONNOŚCI

Oświadczam, że:

1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am zatrudniony/a, w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

*Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku:*

*Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:*

--	--

**Data przekazania wniosku do opinii eksperta (o ile dotyczy):**

OPINIA EKSPERTA	
<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	<i>Data i czytelny podpis eksperta:</i>

<b>Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:</b>	
---	--

<b>DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON</b>
--

pozytywna     negatywna

<b>PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):</b>
---

<b>Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich:</b>	
--	--

<b>Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:</b>	
---	--

<b>UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:</b>
--

--

<b>DEKLARACJA BEZSTRONNOŚCI</b>
---------------------------------

Oświadczam, że:

1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am zatrudniony/a, w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>	<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>
--	---

--	--

