

Data .....

Nazwisko i imię studenta			
Kolegium			
Kierunek studiów			
Nr albumu		Poziom studiów	I.st* II.st* JSM*
Rok Studiów		Semestr	
Tryb studiów		Status rejestracji	
Nr PESEL		Nr dowodu osobistego/paszportu	
Adres stałego zamieszkania			
Tel. kontaktowy		Adres e-mail	

### Oświadczenie

Oświadczam, świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy, że studiując w Szkole Wyższej im. Pawła Włodkowica w Płocku, spełniam warunki do otrzymania świadczenia pomocy materialnej określone w art. 93 ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2024 r. poz. 1571) oraz w § 6 Regulaminu przyznawania, ustalania wysokości i wypłacania świadczeń dla studentów Szkoły Wyższej im. Pawła Włodkowica w Płocku z dnia 01 października 2024 roku.

**Oznacza to, że łącznie spełniam następujące warunki :**

- **nie otrzymuję świadczenia na innym kierunku studiów,**
- **nie posiadam tytułu zawodowego „magister”, „magister inżynier” albo równorzędnego,**
- **nie posiadam tytułu zawodowego „licencjat”, „inżynier” albo równorzędnego, podejmując ponownie studia pierwszego stopnia,**
- **mój łączny okres wcześniejszych studiów na wszystkich dotychczasowych uczelniach oraz w Szkole Wyższej im. Pawła Włodkowica w Płocku nie przekracza 12 semestrów, w tym:**
  - **na studiach pierwszego stopnia studiowałem/łam do tej pory nie dłużej niż przez 9 semestrów,**
  - **na studiach drugiego stopnia studiowałem/łam do tej pory nie dłużej niż przez 7 semestrów.**

Ponadto, zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Szkoły Wyższej im. Pawła Włodkowica w Płocku o zmianie ww. okoliczności powodujących utratę prawa do uzyskania świadczenia.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem(-łam) się z regulaminem przyznawania, ustalania wysokości i wypłacania świadczeń dla studentów w Szkole Wyższej im. Pawła Włodkowica w Płocku

.....  
(podpis studenta)