Załącznik nr 2 do Regulaminu

 ………………….……..Warszawa, dnia ……………...

(imię i nazwisko, nr albumu)

Komisja Stypendialna

 Akademii Pedagogiki Specjalnej

im. Marii Grzegorzewskiej

 w Warszawie

**Wniosek o ponowne przeliczenie dochodu**

Proszę o ponowne przeliczenie dochodów osiągniętych przez członków mojej rodziny w roku

akademickim…………………….. ze względu na:

 1) Utratę dochodu przez ………………………………….., stopień pokrewieństwa

…………………………….., co dokumentuję następującymi załącznikami:

1. ………………………………………………………………………………………………

1. ………………………………………………………………………………………………

1. ………………………………………………………………………………………………

1. ………………………………………………………………………………………………

1. ………………………………………………………………………………………………

2) Uzyskanie dochodu przez …………………………………….., stopień pokrewieństwa

…………………………………., co dokumentuję następującymi załącznikami:

1. ………………………………………………………………………………………………

1. ………………………………………………………………………………………………

1. ………………………………………………………………………………………………

1. ………………………………………………………………………………………………

1. ………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……………………………………….. ………………………………………… (miejscowość, data)

(czytelny podpis studenta)