

OŚWIADCZENIE DO CELÓW WYPŁATY STYPENDIUM / NAGRODY

dla Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego

DANE OSOBOWE			
Imię i nazwisko:		PESEL:	
e-mail:		Tel:	
Nr rachunku bankowego:			
Urząd Skarbowy:			
ADRES ZAMIESZKANIA			
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Ulica:		Nr domu/lokalu:	
Powiat:		Gmina:	

OŚWIADCZAM, ŻE:

1.	Jestem uczniem	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Nazwa szkoły:		
	Przewidywany termin ukończenia szkoły (miesiąc/rok kalendarzowy):		
2.	Jestem studentem	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Nazwa uczelni:		
	Przewidywany termin ukończenia szkoły (miesiąc/rok kalendarzowy):		
3.	Jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Nazwa zakładu pracy:		
4.	Otrzymuję wynagrodzenie z tytułu umowy zlecenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Okres, na który zawarto umowę:		
	Od umowy zlecenia są pobierane składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe, zdrowotne.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5.	Pobieram stypendium od innego podmiotu:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Stypendium wypłacane jest przez:		
	Okres wypłacania stypendium:		
	Od stypendium są pobierane składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe, zdrowotne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
6.	Mam zarejestrowaną działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Z tego tytułu opłacam składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe, zdrowotne.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
7.	Otrzymuję świadczenie z ZUS (np.: renta socjalna, renta inwalidzka, renta z tytułu niezdolności do pracy)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	W przypadku wypłaty świadczenia, proszę podać:		
	- rodzaj świadczenia:		
	- numer świadczenia:		
	- oddział ZUS wypłacający świadczenie:		
	oraz załączyć kserokopię dokumentu poświadczającego powyższe świadczenie.		

UWAGA!

W przypadku zmiany jakichkolwiek danych wskazanych powyżej, w szczególności dotyczących:

- utraty statusu ucznia, studenta, rencisty;
- utraty zatrudnienia z tytułu umowy o pracę bądź z tytułu umowy zlecenia;
- zamknięcia lub zawieszenia zarejestrowanej działalności gospodarczej;

zobowiązuję się do poinformowania Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego, poprzez ponowne złożenie oświadczenia z dopiskiem "AKTUALIZACJA", niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 5 dni roboczych od daty zaistnienia zmian.

W przypadku niepoinformowania w stosownym czasie o zmianie danych, jeżeli brak tych danych spowoduje konsekwencje finansowe dla Urzędu, zobowiązuje się do ich pokrycia w pełnej wysokości.

OŚWIADCZAM, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 kodeksu karnego za składanie fałszywych oświadczeń.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis pełnoletniego kandydata
lub rodzica/opiekuna prawnego)