ZAŁĄCZNIK NR 6

.................................................... Głogów, dnia ......................

 imię i nazwisko

.....................................................

adres

.....................................................

 nr albumu , rok studiów

.....................................................

telefon

***Zwracam się z prośbą o ponowne przeliczenie ustalonego przez Uczelnię dochodu w związku z poniższą sytuacją:***

Oświadczam, że w stosunku do wykazanych we wniosku stypendialnym dochodów mojej rodziny z roku poprzedniego nastąpiła zmiana dochodów w bieżącym roku akademickim.

Zmiana dochodów spowodowana jest (od kiedy i jaka zmiana nastąpiła-proszę opisać sytuację):

# □ UTRATY DOCHODU

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

# □ UZYSKANIE DOCHODU

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

# □ ZMIANĘ LICZBY CZŁONKÓW RODZINY STUDENTA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Rokurodzenia | Stopień pokrewieństwa | Przyczyna zgłoszenia zmiany |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

## ..............................

 podpis studenta

1. Miesięczny dochód rodziny po odliczeniu utraconego dochodu/członka rodziny lub doliczeniu uzyskanego dochodu/członka rodziny, wyniósł ........................ zł
2. Miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na osobę wyniósł .......................... zł

 …………………………………

 *(data i podpis Przewodniczącego
 Uczelnianej Komisji Stypendialnej)*