



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Pieczętka wpływu wniosku wypełnia Realizator programu



PCPR.511.1.2.....2019

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON w
ramach pilotażowego programu „AKTYWNY SAMORZĄD”
MODUŁ II POMOC W UZYSKANIU WYKSZTAŁCENIA NA POZIOMIE WYŻSZYM
CZĘŚĆ A – wypełnia wnioskodawca

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

(należy zaznaczyć właściwe pole ☐ przez zakreślenie krzyżykiem)

1. Informacje o wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE	
<p>Imię</p> <p>Nazwisko</p> <p>Data urodzenia i miejsce urodzenia</p> <p>PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty</p> <p>Gospodarstwo domowe wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne</p>	
<p>MIEJSCE ZAMIESZKANIA – miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są plany życiowe.</p> <p><u>Uwaga! Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania</u></p> <p>Kod pocztowy (pocztą)</p> <p>Miejscowość</p> <p>Ulica Nr domu nr lok.</p> <p>Powiat</p> <p>Województwo</p> <p><input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś</p>	<p>ADRES ZAMELDOWANIA</p> <p>(należy wpisać, jeżeli jest inny niż adres podany w kolumnie „Miejsce zamieszkania”)</p> <p>Kod pocztowy (pocztą)</p> <p>Miejscowość</p> <p>Ulica</p> <p>Nr domu nr lok.</p> <p>Powiat</p> <p>Województwo</p>
<p>Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):</p> 	<p>Dane do kontaktu: nr telefonu:.....</p> <p>nr tel. komórkowego:.....</p> <p>e-mail:.....</p>

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo		
Przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia o stopniu niepełnosprawności		
PRZYCZYNY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WYNIKAJĄCE Z ORZECZENIA (proszę zaznaczyć właściwy symbol):		
<input type="checkbox"/> 01-U <input type="checkbox"/> 02-P <input type="checkbox"/> 03-L <input type="checkbox"/> 04-O <input type="checkbox"/> 05-R <input type="checkbox"/> 06-E		
<input type="checkbox"/> 07-S <input type="checkbox"/> 08-T <input type="checkbox"/> 09-M <input type="checkbox"/> 10-N <input type="checkbox"/> 11-I <input type="checkbox"/> 12-C		
Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Osoba niewidoma <input type="checkbox"/> Osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/>		
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY		
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę:		
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony od dnia:		
<input type="checkbox"/> na czas określony od dnia: do dnia:		
Nazwa pracodawcy:		
Adres miejsca pracy:		
Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:		
<input type="checkbox"/> rejestracja w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna		
<input type="checkbox"/> rejestracja w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu		
<input type="checkbox"/> inna forma zatrudnienia, jaka?:		
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę powołanie na czas określony od dnia do dnia		
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza Miejsce prowadzenia działalności		
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP		
<input type="checkbox"/> zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej		
<input type="checkbox"/> staż zawodowy		
<input type="checkbox"/> świadczenia rentowe	<input type="checkbox"/> nie dotyczy	

ZDOBYTE 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:	

Czy wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak ☐ nie ☐

Czy wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak ☐ nie ☐

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

.....

.....

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć: w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone oraz w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a.

3. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w ramach programów: STUDENT, STUDENT II i pilotażowy program „Aktywny samorząd”.

Powiat nowomiejski - wniosek obowiązujący od 2019 roku

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie **w ramach kilku**, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę **na kilku** kierunkach danej formy kształcenia: ☐ **tak** ☐ **nie**

Jeśli zaznaczono odpowiedź „TAK”, należy wypełnić pkt 4.1 oraz 4.2 wniosku, jeżeli natomiast zaznaczono odpowiedź „NIE”, należy uzupełnić informacje wskazane tylko w punkcie 4.1 wniosku.

4.1 Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku

<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 na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (<i>dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich</i>)

Okres trwania nauki w szkole..... (**ile semestrów**) Data rozpoczęcia nauki/studiów

Nauka odbywa się w systemie: ☐ stacjonarnym ☐ niestacjonarnym ☐ nie dotyczy

Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: ☐ **tak** ☐ **nie**

Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: ☐ **tak** ☐ **nie**

Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego) ☐ **tak** ☐ **nie**

Pełna nazwa szkoły/uczelni:

Adres:

..... Nr telefonu.....

Wydział:

Kierunek:

Rok nauki: **Semestr nauki:**

Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: ☐ **tak** ☐ **nie**

4.2 Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku (drugi kierunek) ☐ nie dotyczy

Wypełnić tylko w przypadku pobierania nauki na dwóch, lub więcej formach kształcenia!!!

<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 na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (<i>dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich</i>)

Okres trwania nauki w szkole..... (**ile semestrów**) Data rozpoczęcia nauki/studiów

Nauka odbywa się w systemie: ☐ stacjonarnym ☐ niestacjonarnym ☐ nie dotyczy

Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: ☐ **tak** ☐ **nie**

Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: ☐ **tak** ☐ **nie**

Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego) ☐ **tak** ☐ **nie**

Pełna nazwa szkoły/uczelni:

Adres:

..... Nr telefonu.....

Wydział:

Kierunek:

Rok nauki: **Semestr nauki:**

Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: ☐ **tak** ☐ **nie**

5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Kwota wnioskowana (w zł)
Oплата за науkę (dotyczy punktu 4.1 wniosku) **			
Oплата за науkę (dotyczy punktu 4.2 wniosku) **			
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA			
Oплата за przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			
Razem			

* tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania

** należy wpisać kierunek studiów/nauki

6. Informacje uzupełniające

Niepełnosprawność wnioskodawcy jest sprzężona (u wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak: <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny niepełnosprawności
Czy wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy wnioskodawca pobiera naukę jednocześnie na dwóch lub więcej kierunkach studiów/nauki?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy wnioskodawca studiuje w przyspieszonym trybie?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych w 2018 lub 2019 r.?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY*
(lub uczelni, gdy dotyczy opłat za przeprowadzenie przewodu doktorskiego przez osobę, która nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich) na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

* lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby

Oświadczam, że:

- nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
- 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, a także pcprcentrumpomocy.e-bip.org.pl,
- 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 **nie byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- zobowiązuję się do bezzwłocznego powiadomienia Realizatora programu o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych w złożonym przeze mnie wniosku, w formie pisemnej,
- korzystając ze środków PFRON na dofinansowanie kosztów nauki na poziomie wyższym nie przekroczyłem/am wymiaru 20 semestrów/półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym,
- w przypadku zatrudnienia **posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego** w wysokości co najmniej 15 % wartości czesnego w ramach jednej formy kształcenia lub/i 65 % wartości czesnego w ramach więcej niż jednej formy kształcenia,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelewanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dokumentu księgowego.

..... dnia / / 20..... r. podpis Wnioskodawcy
---------------------------------------	-------------------------------------

7. CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr: 511.1.2. – WYPEŁNIA REALIZATOR

	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. Uwaga! 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. Wzór określony w załączniku nr 3 do formularza 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki - <i>jeżeli tak to w jakiej wysokości</i> (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Klauzula informacyjna (sporządzona wg wzoru określonego w załączniku nr 6 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kopia aktualnej Karty Dużej Rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Deklaracja bezstronności**Oświadczam, że:**

- 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,
- 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,
- 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,
- 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 oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt. 1-4.

.....
Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku**WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU**

L.p.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2.	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3.	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4.	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5.	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6.	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7.	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Weryfikacja formalna wniosku: <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	 Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: ☐

negatywna: ☐

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.

W ramach Modułu II

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:

Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:

..... zł

..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data, pieczęć i podpis pracownika PCPR

.....
Data, pieczęć i podpis Dyrektora PCPR
w Nowym Mieście Lubawskim