**(wzór nr 4 do wniosku o stypendium socjalne)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

DOTYCZY STUDENTA:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |

 imię i nazwisko nr albumu

**OŚWIADCZENIE**

***(Oświadczenie zobowiązany jest wypełnić student i każdy członek jego rodziny powyżej 18 roku życia,***

***w przypadku braku dochodów proszę wpisać „nie dotyczy”)***

**OSOBA OŚWIADCZAJĄCA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  | dd-mm-rrrr  |

 imię i nazwisko data urodzenia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Oświadczam, że w roku kalendarzowym **20…….** **[ ]** posiadałem / [ ]  nie posiadałem\* **gospodarstwo rolne**.

Jeśli tak - to należy dołączyć **obowiązkowo** zaświadczenie właściwego organu gminy o wielkości gospodarstwa rolnego w **20……..**r., wyrażonej w hektarach przeliczeniowych ogólnej powierzchni.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  | dd-mm-rrrr       |  |  |
| miejscowość |  |  data |  | czytelny podpis oświadczającego  |

 |
| 1. Oświadczam, że w roku kalendarzowym **20………** **[ ]** prowadziłem / [ ]  nie prowadziłem**\*** pozarolniczą działalność gospodarczą opodatkowaną na zasadach ogólnych.

Jeśli tak - to należy dołączyć zaświadczenie z ZUS o wysokości zapłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne w **20……….** roku.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  | dd-mm-rrrr       |  |  |
| miejscowość |  |  data |  | czytelny podpis oświadczającego  |

 |
| 1. Oświadczam, że w roku kalendarzowym **20……..** **[ ]** uzyskałem / [ ]  nie uzyskałem\* dochód podlegający opodatkowaniu na zasadach ogólnych z: najmu lub dzierżawy, umowy o dzieło i zlecenia, działów specjalnych produkcji rolnej.

Jeśli z tego tytułu opłacano składki na ubezpieczenie zdrowotne - to należy dołączyć zaświadczenie o ich wysokości w **20……...** roku.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  | dd-mm-rrrr       |  |  |
| miejscowość |  |  data |  | czytelny podpis oświadczającego  |

 |