**(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 | |