

data

podpis pracownika WSSDiP

WNIOSEK**o ponowne przeliczenie dochodu**

WYPEŁNIA STUDENT / DOKTORANT

DANE OSOBOWE					
NAZWISKO			IMIĘ		
PESEL			OBYWATELSTWO		
ADRES ZAMIESZKANIA					
MIEJSCOWOŚĆ			KOD POCZTOWY	-	
ULICA / MIEJSCOWOŚĆ*			NR DOMU	NR MIESZKANIA	
E-MAIL			NR TELEFONU	- -	
DANE Z AKTUALNEGO ROKU AKADEMICKIEGO					
WYDZIAŁ					
KIERUNEK					
STOPIEŃ STUDIÓW**	ROK STUDIÓW	SEMESTR STUDIÓW	TRYB STUDIÓW**	NR ALBUMU	
<input type="radio"/> Licencjackie <input type="radio"/> Magisterskie			<input type="radio"/> Stacjonarny <input type="radio"/> Niestacjonarny		
UTRATA DOCHODU W ROKU 2017					
<i>imię i nazwisko osoby która utraciła dochód</i>					
Wysokość rocznego dochodu netto	zł	Okres osiągniętego dochodu rocznego	miesiące	Wysokość miesięcznego dochodu netto	zł
UZYSKANIE DOCHODU W ROKU 2018					
<i>imię i nazwisko osoby która uzyskała dochód</i>					
Wysokość dochodu miesięcznego netto za miesiąc po miesiącu, którym nastąpiło uzyskanie dochodu				zł	
Potwierdzam ww. informacje następującymi dokumentami**:					
<input type="radio"/> Świadectwo pracy / Umowa / Zaświadczenie* z wyszczególnieniem okresu pracy. <input type="radio"/> PIT – 11 / PIT – 40A*. <input type="radio"/> Zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające zarejestrowanie / wysokość miesięcznego dochodu netto z otrzymanego zasiłku*. <input type="radio"/> Zaświadczenie z miejsca pracy z wyszczególnieniem od kiedy podjęto pracę i jaki jest dochód netto za miesiąc następujący po miesiącu w którym nastąpiło uzyskanie dochodu. <input type="radio"/> Inne:					
data			czytelny podpis		

* Niepotrzebne skreślić

** Odpowiednie zaznaczyć „X”