Załącznik nr 4 do Komunikatu Rektora Politechniki Łódzkiej

w sprawie trybu wypłacania stypendium doktoranckiego oraz zgłaszania do ubezpieczeń społecznych oraz ubezpieczenia zdrowotnego doktorantów kształcących się

w Interdyscyplinarnej Szkole Doktorskiej Politechniki Łódzkiej z dnia 30 sierpnia 2023 r.

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

data przyjęcia wniosku oraz podpis osoby przyjmującej

WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM DOKTORANCKIEGO

W ZWIĘKSZONEJ WYSOKOŚCI

PROSIMY O UWAŻNE PRZECZYTANIE I WYPEŁNIENIE NINIEJSZEGO OŚWIADCZENIA DRUKOWANYMI LITERAMI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE OSOBOWE | | | | | | | | |
| Imię (imiona) | |  | | | | | | |
| Nazwisko | |  | | Nazwisko rodowe | | |  | |
| Dyscyplina | |  | | Rok kształcenia | | |  | |
| Numer albumu | |  | | | | | | |
| Telefon kontaktowy | |  | | E-mail (w domenie PŁ) | | |  | |
| ADRES DO KORESPONDENCJI | | | | | | | | |
| Kraj |  | | Województwo | |  | | | |
| Gmina |  | | Powiat | |  | | | |
| Kod pocztowy |  | | Miejscowość | |  | | | |
| Ulica |  | | Nr domu | |  | Nr mieszkania | |  |

Uprzejmie proszę o przyznanie mi stypendium doktoranckiego w zwiększonej wysokości   
w roku akademickim 20…/20….

Uzasadnienie:

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

………………………………………

data i czytelny podpis doktoranta

Potwierdzenie stopnia niepełnosprawności[[1]](#footnote-1)\*\*\*

Niniejszym potwierdzamy, że doktorant/ka …………………………………………………………………………………… posiada prawidłowo wydane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, o okresie ważności   
od ……………………………. do …………………..…….. oraz dostarczył/a do Biura ds. Osób Niepełnosprawnych Politechniki Łódzkiej w dniu ………………………………………….…………niezbędne dokumenty potwierdzające zaistnienie w/w okoliczności, w związku z powyższym doktorantowi/ce przysługuje stypendium doktoranckie w zwiększonej wysokości zgodnie z art. art. 209 ust. 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce od miesiąca ……………..………………… roku akademickiego ………………………….

……………….……………………………………

data, pieczątka i czytelny podpis pracownika

Biura Osób Niepełnosprawnych PŁ

1. \*\*\* *wszelkie dokumenty potwierdzające niepełnosprawność doktorantów PŁ przechowywane są w Biurze Osób Niepełnosprawnych PŁ* [↑](#footnote-ref-1)