Załącznik
do Uchwały Nr XVII/109/2019
Rady Powiatu Leszczyńskiego
z dnia 26 listopada 2019 r.

ZARZĄD POWIATU
LESZCZYŃSKIEGO

WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM STAROSTY LESZCZYŃSKIEGO

I. Dane studenta ubiegającego się o Stypendium Starosty Leszczyńskiego:

Nazwisko: …………………………………… Imię: ………………………………………

Adres zamieszkania:……………………………………… ……………………………....

……………………………………………………………………………………………..

Nr tel.: ………………………….. PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Urząd Skarbowy: …………………………………………………………………………….

III. Informacje o uczelni:

Pełna nazwa uczelni: ………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………..

Adres uczelni: ……………………………………………………………………………..

Rok studiów: ……………………… Forma kształcenia: ...…………………………………

Nazwa wydziału: ……………………………………………………………………………..

Kierunek studiów: ……………………………………………………………………………

Specjalność: …………………………………………………………………………………….

IV. Numer Rachunku Bankowego na który zostanie przekazane Stypendium Starosty Leszczyńskiego

Nazwa Banku: ……………………………………………………………………………..

Nr rachunku:

		-				-				-				-				-				-									

Właścicielem rachunku bankowego jest: …..…………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………..

Adres: ……………………………………………………………………………...............

V. Dodatkowe Informacje:

Średnia ocen: ……. za rok akademicki: …….

Dodatkowe osiągnięcia: ……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

VI. Załączniki do wniosku

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Data		**Podpis studenta**	