

- przyjmuję do wiadomości obowiązek zwrotu świadczeń nienależnych, tzn. otrzymanych na podstawie nieprawdziwych danych;

- wyrażam zgodę na potrącenie nienależnego świadczenia z przyznanego mi stypendium.

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z 29.08.1997 r. (Dz. U. 133 poz.883) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi danych osobowych zawartych we wniosku.

....., dnia20.....r.

.....
własnoręczny podpis doktoranta

Załącznik: Orzeczenie dotyczące stopnia niepełnosprawności lub dokument stwierdzający zaliczenie do grupy inwalidzkiej (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność przez pracownika BON).

Dodatkowe adnotacje Biura Pełnomocnika Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych

Orzeczenie ważne od.....do:

Potwierdzam wskazany przez doktoranta stopień niepełnosprawności.

Data i podpis pracownika Biura.....