

OŚWIADCZENIE STUDENTA
o spełnianiu warunków do podjęcia i kontynuowania studiów stacjonarnych
w uczelni publicznej bez wnoszenia opłat*

Ja, niżej podpisany(-na)
(imię i nazwisko)

.....
(data urodzenia dd/mm/rrrr)

.....
(PESEL)

— w przypadku braku numeru PESEL — rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego

tożsamość:.....

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. — Prawo o szkolnictwie
wyższym (Dz. U.Nr 164, poz. 1365, z późn. zm.) oświadczam, że:

1) studia stacjonarne pierwszego stopnia/drugiego stopnia/jednolite studia magisterskie w**
uczelni publicznej:.....
(pełna nazwa uczelni)

.....
na kierunku:

są studiami, na które otrzymałem(-łam) do wykorzystania liczbę punktów ECTS, o których
mowa w art. 164a ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. — Prawo o szkolnictwie wyższym,
uprawniających mnie do studiowania bez wnoszenia opłat;¹⁾

2) w trakcie zajęć dydaktycznych na studiach stacjonarnych pierwszego stopnia/drugiego
stopnia/jednolitych studiach magisterskich w uczelni publicznej/uczelniach publicznych**:**

.....
(pełna nazwa uczelni)

.....
na kierunku/kierunkach**

.....
w latach wykorzystałem(-łam) bez wnoszenia opłat łącznie

punktów ECTS;²⁾

3) jestem studentem(-tką) pierwszego kierunku studiów stacjonarnych w uczelni publicznej:

.....
(pełna nazwa uczelni)

na kierunku:,

które rozpocząłem(-częłam) w roku, oraz chcę skorzystać z jednorazowego uprawnienia do podjęcia studiów bez wnoszenia opłat na drugim kierunku studiów stacjonarnych w uczelni publicznej:

.....
(pełna nazwa uczelni)

.....
(pełna nazwa kierunku studiów)

4) jestem absolwentem(-tką) pierwszego kierunku studiów stacjonarnych w uczelni publicznej:

.....
(pełna nazwa uczelni)

na kierunku:,

które ukończyłem(-łam) w roku i na których uzyskałem(-łam) tytuł zawodowy magistra, magistra inżyniera lub równorzędny, oraz chcę skorzystać z jednorazowego uprawnienia do podjęcia studiów bez wnoszenia opłat na drugim kierunku studiów stacjonarnych w uczelni publicznej:

.....
(pełna nazwa uczelni)

.....
(pełna nazwa kierunku studiów)

.....
(miejscowość)

.....
(data i czytelny podpis)