

O Ś W I A D C Z E N I E W N I O S K O D A W C Y

Ja niżej podpisany(a):
(imię i nazwisko Adresata programu / Wnioskodawcy)

zamieszkały(a):
(kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem **samorządu powiatowego w Sławnie** ☐ **tak** - ☐ **nie**,
 2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
 3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprslawno.pl,
 4. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
 5. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
 6. zobowiązuję się do bezzwłocznego powiadomienia Realizatora programu o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych w złożonym przez mnie wniosku, w formie pisemnej,
 7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT,
 8. posiadam środki własne na pokrycie udziału własnego w opłacie za czesne w okresie objętym dofinansowaniem (o ile dotyczy): ☐ **tak** - ☐ **nie**, ☐ **nie dotyczy**,
 9. **oświadczam, iż moim miejscem zamieszkania zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest:**
- Jest to miejscowość, w której przebywam z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem mojego życia codziennego, w którym skoncentrowane są moje plany życiowe.
10. W ramach programów PFRON: STUDENT/STUDENT II/ Aktywny samorząd – Moduł II uzyskałam/am pomoc ze środków PFRON łącznie do semestrów/półroczny różnych form kształcenia na poziomie wyższym.

11. Powtarzałam(em)/powtarzam semestr/półrocze/rok nauki, który/e został/o objęty/e pomocą finansową ze środków PFRON:

☐ nie dotyczy

☐ tak, powtarzałam(em) ☐ tak, powtarzam następujący/e semestr/półrocze/rok nauki:

- pierwszy kierunek (należy podać nazwę kierunku):

.....

nazwa szkoły/uczelni:

.....

wydział:

.....

forma kształcenia:

.....

powtarzany rok nauki:

.....

powtarzany semestr/półrocze nauki:

.....

powód powtarzania semestru/półrocza/roku nauki (np. urlop dziekański, urlop zdrowotny, niezadawalające wyniki w nauce):

.....

Powtarzany semestr/półrocze/rok nauki był/o dwukrotnie dofinansowany/e ze środków PFRON: ☐ nie ☐ tak

Niniejszym wnioskiem ubiegam się o ponowne dofinansowanie semestru/półrocza/roku nauki ze środków PFRON:

☐ nie ☐ tak

12. Przerwałam(em) naukę (dotyczy sytuacji, gdy przerwano naukę i nie kontynuowano jej po przerwie – zaniechanie nauki przed ukończeniem edukacji w ramach danej formy kształcenia na określonym kierunku), która została objęta pomocą finansową ze środków PFRON:

☐ nie dotyczy

☐ tak, na kierunku (należy podać nazwę kierunku):

.....

nazwa szkoły/uczelni:

.....

wydział:

.....

forma kształcenia:

.....

rok nauki w trakcie którego/po którym nastąpiło jej przerwanie:

.....

semestr/półrocze nauki w trakcie którego/po którym nastąpiło jej przerwanie:

.....

powód przerwania nauki (np. znaczne pogorszenie stanu zdrowia, likwidacja kierunku, niezadawalające wyniki w nauce):

.....

..... dnia /..... /20..... r.

.....

podpis Wnioskodawcy