

OŚWIADCZENIE FUNKCJONARIUSZA

o zgłoszeniu członków rodziny do Programu Stypendialnego Uniwersytetu VIZJA

I. Dane funkcjonariusza

Imię i nazwisko:

.....

PESEL:

.....

Formacja:

☐ Policja

☐ Straż Graniczna

☐ Straż Pożarna

Jednostka organizacyjna:

.....

Stanowisko służbowe:

.....

Telefon kontaktowy:

.....

Adres e-mail:

.....

II. Osoby zgłaszane do Programu

Lp. Imię i nazwisko PESEL Stopień pokrewieństwa / relacja Podpis osoby zgłaszanej

1 ☐ małżonek ☐ dziecko

2 ☐ małżonek ☐ dziecko

3 ☐ małżonek ☐ dziecko

4 ☐ małżonek ☐ dziecko

5 ☐ małżonek ☐ dziecko

III. Oświadczenie funkcjonariusza

Ja, niżej podpisany(-a), oświadczam, że:

1. pozostaję funkcjonariuszem w czynnej służbie w formacji objętej Programem Stypendialnym Uniwersytetu VIZJA;
2. wszystkie osoby wskazane w niniejszym oświadczeniu pozostają ze mną w relacji wskazanej w tabeli powyżej;
3. wszystkie informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą;
4. zostałem(-am) poinformowany(-a), że złożenie nieprawdziwych informacji może skutkować utratą prawa do korzystania z Programu przez osoby objęte Programem na podstawie niniejszego oświadczenia;
5. zobowiązuję się poinformować Uniwersytet VIZJA o każdej zmianie mającej wpływ na uprawnienie osób wskazanych w niniejszym oświadczeniu do korzystania z Programu, w terminie 14 dni od dnia zaistnienia tej zmiany.

IV. Oświadczenie funkcjonariusza

Miejscowość

Data

Podpis funkcjonariusza

.....

V. Wypełnia Uniwersytet VIZJA

Data wpływu:

.....

Dokument potwierdzający status funkcjonariusza zweryfikowano:

☐ TAK

☐ NIE

Liczba osób objętych Programem:

.....

Preferencyjne warunki finansowe przyznano:

☐ TAK

☐ NIE

Uwagi:

.....

.....

Imię i nazwisko pracownika:

.....

Podpis:

.....