## **DECYZJA O PRZYZNANIU DODATKOWEJ KWOTY WSPARCIA DLA OSÓB Z MNIEJSZYMI SZANSAMI**

1. Imię i nazwisko Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
2. Wydział Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
3. Rok akademicki mobilności Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
4. Kraj, miasto mobilności Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

# WYPEŁNIA BENEFICJENT

Niniejszym oświadczam, że spełniam kryterium ujęte w definicji „osób z mniejszymi szansami”
(*proszę zaznaczyć właściwe pole poniżej*):

* Osoby ze środowisk uboższych [ ]
*Decyzja o przyznaniu stypendium socjalnego (na podstawie USOS)*
* Osoby z niepełnosprawnościami [ ]
*Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności do wglądu uczelni*
* Studenci i doktoranci posiadający dzieci do lat 8 (w roku realizacji mobilności) [ ]
*Akt urodzenia dziecka do wglądu uczelni*
* Osoby korzystające z prawa do azylu lub posiadające status uchodźcy [ ]
Oświadczenie o przyznanym prawie do azylu/statusie uchodźcy do wglądu

………………………………………………………

 *Podpis beneficjenta*

# WYPEŁNIA PRACOWNIK UAM

Niniejszym potwierdzam, że beneficjent przedstawił do wglądu właściwy dokument potwierdzający spełnienie kryterium określonego w definicji „osób z mniejszymi szansami”.

………………………………………………………

 *Podpis pracownika UAM*