**Załącznik nr 2A**do „Regulaminu ustalania wysokości, przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej
dla studentów Uniwersytetu Śląskiego”

*­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*..........................................................*

*(imię i nazwisko)*

**OŚWIADCZENIE**

**STUDENTA ORAZ CZŁONKÓW JEGO RODZINY**

**O DOCHODZIE PODLEGAJĄCYM OPODATKOWANIU PODATKIEM DOCHODOWYM OD OSÓB FIZYCZNYCH NA ZASADACH OKREŚLONYCH W ART. 27, 30b, 30c, 30e i 30 f USTAWY Z DNIA 26 LIPCA 1991 r. O PODATKU DOCHODOWYM OD OSÓB FIZYCZNYCH, OSIĄGNIETYM W OKRESIE OBLICZENIOWYM**

Oświadczam, że w roku podatkowym ………

1. Dochód\*) wyniósł ...............zł .....gr;

2. Podatek należny wyniósł ...............zł .....gr;

3. Składki na ubezpieczenia społeczne odliczone od dochodu wyniosły...............zł .....gr.

***Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.***

........................................ . ............................................................................

 (miejscowość, data) *(podpis osoby składającej oświadczenie)*

\**Przychód pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, bez pomniejszania o składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz bez pomniejszania o należny podatek dochodowy.*