Załącznik nr 2
do Regulaminu stypendialnego

WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

rok akademicki …….

Imię i nazwisko		
PESEL		Numer albumu
Tryb studiów: stacjonarny ☐ niestacjonarny ☐		
Rok studiów:	Semestr:	Kierunek:
Miejsce stałego zamieszkania		Mail:
Adres korespondencyjny studenta		Telefon

Proszę o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych:

Oświadczam, że posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie w świetle prawa traktowane na równi z tym orzeczeniem, wydane przez właściwy organ ważne od dnia ……. do dnia…….

.....
data i podpis studenta

Do wniosku dołączam następujące dokumenty poświadczające stopień niepełnosprawności

1……..

2……

Proszę o dokonanie przelewu świadczeń

na rachunek bankowy:

nazwa i adres banku ……..., nr rachunku:

……..
data i podpis studenta

Oświadczam że:

1) studia w NWSM są pierwszymi studiami po momencie powstania niepełnosprawności
2) ukończyłem(am)*/nie ukończyłem(am)* **studia I stopnia**

.....……
(wpisać nazwę uczelni w przypadku ukończenia studiów oraz rok ukończenia)

3) ukończyłem(am)*/nie ukończyłem(am)* **studia II stopnia/jednolite magisterskie**

.....
(wpisać nazwę uczelni w przypadku ukończenia studiów oraz rok ukończenia)

4) studiowałem(am) …….semestrów na studiach I stopnia *

……

(wpisać nazwę uczelni w przypadku ukończenia studiów)

5) studiowałem(am)…….semestrów na studiach II stopnia *

……

(wpisać nazwę uczelni w przypadku ukończenia studiów)

**wlicza się wszystkie rozpoczęte semestry na studiach w tym semestry przypadające w okresie korzystania z urlopu od zajęć*

6) Studiuję/nie studiuję* równocześnie na drugim kierunku studiów w, jeżeli tak proszę podać:

nazwa Uczelni…….

wydział……*kierunek:*……

tryb i rok studiów **(studia I, II stopnia, jednolite studia magisterskie)**……

przewidziany regulaminem uczelni planowany termin ukończenia studiów:……

oświadczam, że nie złożyłem wniosku o stypendium na w/w uczelni , nie otrzymuję stypendium socjalnego na w/w uczelni *

……
(data i podpis studenta)

Oświadczenie :
1.Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania z art. 233 § 1 kodeksu karnego_oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej za podawanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że podane wyżej informacje dotyczące spełnienia warunków niezbędnych do otrzymania stypendium specjalnego dla niepełnosprawnych są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 24.05.2018 r. o ochronie danych osobowych, art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U. UE L 119/1 z dnia 4 maja 2016 r.) w celu i zakresie niezbędnym do rozpatrzenia i realizacji wniosku o przyznanie świadczeń pomocy materialnej

……..

(data i podpis studenta)

Zgodnie z ustawą z dnia 24 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018.1000) zwaną dalej „ustawą" oraz art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U. UE L 119/1 z dnia 4 maja 2016 r.) zwanego dalej „RODO", informuje się, że:
1 . Administratorem danych osobowych zawartych w umowie jest Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna we Wrocławiu, ul. Nowowiejska 69, 50-340 Wrocław, te. 71 322-19-48, adres e-mail: dziekanat@nwsm.pl
Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez upoważnione w tym zakresie przez administratora osoby w celu wykonania umowy. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywanie w postaci teczki akt osobowych studenta w archiwum przez okres 50 lat.

4 . Podanie danych osobowych nie jest obowiązkowe .Niepodanie danych w zakresie wymaganym przez administratora uniemożliwi zawarcie umowy.
5 . Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do ich otrzymywania na podstawie przepisów prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....
data i podpis

WYPEŁNIA UCZELNIA

Data złożenia wniosku……

Wniosek jest:*

- ❑ ***niekompletny*** ……
  (data złożenia podpis osoby sprawdzającej wniosek)
- ❑ ***kompletny*** ……
  *(data **przyjęcia** podpis osoby przyjmującej wniosek)*

Wezwanie do usunięcia braków wniosku dnia…….

……..
(podpis)

*- niepotrzebne skreślić