



(data wpływu podania).....

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

na semestr w roku akademicki/.....

Część A – wypełnia student - wypełniać drukowanymi literami

Nazwisko	Nr PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Nr albumu
Imię		Rok studiów (w bież. roku akademickim)
Kierunek		
Studia <input type="checkbox"/> STACJONARNE	Adres zamieszkania	Adres e-mail
<input type="checkbox"/> NIESTACJONARNE	Adres do korespondencji	Tel. komórkowy

1. PROSZĘ O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH, ponieważ:

.....

.....

.....

.....

.....

1. Załącznik- orzeczenie właściwego organu potwierdzające prawo do otrzymania świadczenia
2. Oświadczam, że:
 - 1) nie będę pobierał stypendium dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku w WSM w Legnicy lub na innej Uczelni,
 - 2) niepełnosprawność powstała w trakcie studiów lub po uzyskaniu tytułu zawodowego
 - 3) ukończyłem/nie ukończyłem(am)* studia I stopnia na Uczelnidata ukończenia
 - 4) ukończyłem/nie ukończyłem(am)* studia II stopnia na Uczelnidata ukończenia
 - 5) ukończyłem/nie ukończyłem(am)* jednolite studia magisterskie
 - 6) rozpocząłem/łam studia po raz pierwszy w roku
 - 7) jestem/nie jestem* żołnierzem zawodowym lub kandydatem na żołnierza zawodowego,
 - 8) jestem/nie jestem* funkcjonariuszem służb państwowych lub funkcjonariuszem w służbie kandydackiej.
3. Świadom(a) odpowiedzialności karnej, cywilno-prawnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że podane przeze mnie we wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Zapoznałem(am) się z Regulaminem przyznawania świadczeń studentom Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy.

Legnica, dnia

.....
własnoręczny podpis studenta

* *niepotrzebne skreślić*



Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, WSM w Legnicy informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy, ul. Powstańców Śląskich 3, zwana dalej „Administratorem”. Z Administratorem może się Pani/Pan kontaktować pisemnie za pomocą adresu admin@wsmlegnica.pl;
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony danych, z którym może Pan/Pani kontaktować się we wszystkich sprawach związanych z przetwarzania Pana/Pani danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących Panu/Pani na mocy RODO, w za pośrednictwem adresu e-mail: kanclerz@wsmlegnica.pl;
3. Dane osobowe zawarte we wniosku przetwarzane są w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze w związku z prowadzonym postępowaniem o udzielenie Pani/Panu świadczeń pomocy materialnej, w tym również wykonania przez Administratora obowiązków sprawozdawczych, archiwalnych, księgowych realizowanych w oparciu o przepisy prawa – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
4. W przypadku wydania decyzji negatywnej o przyznaniu świadczeń pomocy materialnej Pan/Pani dane osobowe będą przechowywane do czasu zakończenia ewentualnego postępowania odwoławczego lub sądownoadministracyjnego, a w przypadku wydania pozytywnej decyzji o świadczenia dane osobowe będą przechowywane przez okres 50 lat zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego dotyczącymi archiwizacji dokumentów. W przypadku pozostawienia Pana/Pani wniosku bez rozpatrzenia Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do końca roku akademickiego, w którym Pana/Pani wniosek został złożony;
5. Przysługuje Panu/pani prawo do dostępu do Pana/Pani danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
6. Podane przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji celów, do jakich są one przetwarzane przez Administratora. Nie podanie przez Panią/Panią danych powoduje brak możliwości celów do jakich są one przetwarzane, a wskazanych powyżej. Ponadto przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, na terytorium RP organem tym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
7. Przy przetwarzaniu danych osobowych nie występuje zautomatyzowane podejmowanie decyzji o przetwarzaniu danych osobowych w tym profilowanie;
8. Odbiorcami Pani/Panią danych osobowych będą lub mogą być te podmioty, którym Administrator ma obowiązek ich udostępnienia na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązujących (np. organy publiczne), a także podmioty, którym Administrator powierzy przetwarzanie danych osobowych na podstawie umowy w związku ze świadczonymi na rzecz Administratora usługami, które są niezbędne do należytej realizacji celu w jakim dane osobowe są przetwarzane.

Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej w związku z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.

Legnica, dnia

.....
własnoręczny podpis studenta

Proszę o przekazanie przyznanego **stypendium** na rachunek

NR KONTA STUDENTA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Należy podać dane dotyczące własnego konta - nazwę i adres banku

Oświadczam, że podany przeze mnie numer rachunku bankowego jest zgodny ze stanem faktycznym i jednocześnie zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy o wszelkich zmianach numeru konta, zamknięciu, zablokowaniu konta lub o innych zmianach mających wpływ na przekazywanie świadczeń.

Legnica, dnia

.....
własnoręczny podpis studenta

Cześć B - wypełnia dziekanat:

1) Orzeczony stopień niepełnosprawności: lekki/umiarkowany/znacznym*od dnia
do dnia

2) Komplet dokumentów (tak/nie*)

.....
data podpis