

## Potwierdzenie złożenia wniosku

Data wpływu wniosku:

|  |  |   |  |  |   |   |   |  |  |
|--|--|---|--|--|---|---|---|--|--|
|  |  | - |  |  | - | 2 | 0 |  |  |
|--|--|---|--|--|---|---|---|--|--|

DK

(podpis pracownika Działu ds. Bytowych Studentów i Doktorantów)

(imię i nazwisko doktoranta)

.....  
(nazwisko panięńskie doktoranta)

.....  
(imiona rodziców)

PESEL: .....

Rok studiów, na który składany jest wniosek ..... Tryb studiów: stacjonarne / niestacjonarne<sup>1</sup>

Adres do korespondencji: .....

Telefon kontaktowy: ..... Adres e-mail: .....

**Informacje dotyczące rachunku bankowego Doktoranta:**

Nazwa banku: ..... Nr oddziału: ..... Miejscowość: .....

Numer rachunku:

[illegible]

**WNIOSEK**

**do Komisji Stypendialnej ds. Doktorantów o przyznanie stypendium specjalnego dla osób  
niepełnosprawnych w roku akademickim ...../.....**

Posiadam stopień niepełnosprawności:<sup>2</sup>

- ☐ znaczny
- ☐ umiarkowany
- ☐ lekki

**Poświadczenie Specjalisty ds. Osób Niepełnosprawnych:**

Orzeczenie ważne od ..... do .....

(pieczęć imienna i podpis Specjalisty ds. Osób Niepełnosprawnych)

**Oświadczenie Doktoranta:**

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1137, ze zm.) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że:

- Znamie mi są przepisy *Regulaminu przyznawania pomocy materialnej doktorantom Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*.
- Nie ukończyłem dotychczas żadnego kierunku studiów doktoranckich.
- Nie ubiegam się o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku studiów doktoranckich lub na innej uczelni, a w przypadku ubiegania się i przyznania stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku lub na innej uczelni, zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o tym Dział ds. Bytowych Studentów i Doktorantów, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia uzyskania informacji o zaistniałym fakcie.
- Przyjmuję do wiadomości obowiązek zwrotu świadczeń nienależnych, tzn. otrzymanych na podstawie nieprawdziwych danych lub otrzymanych ze względu na brak powiadomienia Działu ds. Bytowych Studentów i Doktorantów o zmianie mającej wpływ na wysokość świadczenia oraz o zmianie statusu doktoranta w uczelni, zgłoszonej do Studium Doktoranckiego. Jednocześnie wyrażam zgodę na potrącenie nienależnego świadczenia z przyznanego mi stypendium.

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>2</sup> Właściwe zaznaczyć.

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym do rozpatrzenia i realizacji wniosku dotyczącego przyznania wskazanego rodzaju świadczenia, przysługującego w ramach pomocy materialnej zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U z 2016 r. poz. 922, ze zm.).
- Przyjmuję do wiadomości, że mój wniosek zostanie rozpatrzony najwcześniej w listopadzie bieżącego roku akademickiego.

....., dnia ..... 20..... r.  
(miejscowość)

.....  
(własnoręczny podpis doktoranta)

**Adnotacje Działu ds. Bytowych Studentów i Doktorantów:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

