

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO
DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH NA ROK AKADEMICKI 20...../20.....**

Data wpływu wniosku do Specjalisty
ds. Osób Niepełnosprawnych

		-			-	2	0		
--	--	---	--	--	---	---	---	--	--

(podpis)

Data wpływu wniosku do Działu
ds. Bytowych Studentów i Doktorantów

		-			-	2	0		
--	--	---	--	--	---	---	---	--	--

(podpis)

(imię i nazwisko studenta).

PESEL....., nr albumu

Rok studiów w roku akademickim 20...../20..... Stopień

(I stopień ; II stopień ; jednolite studia magisterskie)

Wydział kierunek

Tryb studiów: stacjonarne / niestacjonarne wieczorowe / niestacjonarne zaoczne¹

Adres korespondencyjny:

(kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Telefon kontaktowy:, adres e-mail:

Informacje dotyczące rachunku bankowego Studenta:

Nazwa banku nr oddziału Miejscowość

Numer rachunku:

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

Do Wydziałowej Komisji Stypendialnej

Proszę o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych

Posiadany stopień niepełnosprawności:

znaczny umiarkowany lekki

Poświadczenie Specjalisty ds. Osób Niepełnosprawnych

(termin ważności orzeczenia)

(pieczęć i podpis Specjalisty ds. Osób Niepełnosprawnych)

Oświadczenie studenta:

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 233 § 1 i § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, ze zm.) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że:

- Podane przeze mnie we wniosku informacje i załączone dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym.
- Nie ukończyłem dotychczas żadnego kierunku studiów (oświadczenie nie dotyczy studentów, którzy po ukończeniu wyższych studiów zawodowych kontynuują naukę w celu uzyskania tytułu magistra).
- Nie ubiegam się o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku studiów lub na innej uczelni, a w przypadku ubiegania się i przyznania stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku studiów 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.
- Wyrażam zgodę na potrącenie nienależnego świadczenia z przyznanego mi stypendium.
- Znane mi są przepisy Regulaminu przyznawania pomocy materialnej dla studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.
- Przyjmuję do wiadomości, że złożony przeze mnie wniosek zostanie rozpatrzony najwcześniej w listopadzie bieżącego roku akademickiego.
- Nie jestem kandydatem na żołnierza zawodowego/ żołnierzem zawodowym/funkcjonariuszem służb państwowych podejmującym studia na podstawie skierowania, nie otrzymuję pomocy w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych lub przepisów o służbie.

..... dnia 20.....r.

(miejscowość)

(własnoręczny podpis studenta)

¹ Właściwe podkreślić.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Dział ds. Bytowych Studentów i Doktorantów w celu i zakresie niezbędnym do rozpatrzenia i realizacji wniosku dotyczącego przyznania wskazanego rodzaju świadczenia, przysługującego w ramach pomocy materialnej dla studentów zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U z 2014 r. poz. 1182 ze zm.).

..... dnia 20.....r.
(miejscowość)

.....
(własnoręczny podpis studenta)

WERSJA ARCHIWALNA