

**DOTYCZY DOKTORANTÓW WNIOSKUJĄCYCH O PRYZNANIE STYPENDIUM SOCJALNEGO
W PODWYŻSZONEJ WYSOKOŚCI:**

Oświadczam, że zamieszkuję:¹

w Domu Studenckim Nr,
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer)

w obiekcie innym niż dom studenta,
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer)

i ponoszę koszty z tytułu jego wynajmu.

II. W załączeniu przedkładam następujące dokumenty, potwierdzające dane zawarte w pkt I:

- | | |
|---------|----------|
| 1. | 9. |
| 2. | 10. |
| 3. | 11. |
| 4. | 12. |
| 5. | 13. |
| 6. | 14. |
| 7. | 15. |
| 8. | 16. |

Oświadczenie studenta:

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:

- Znałem 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 socjalnego na innym kierunku studiów doktoranckich lub na innej uczelni, a w przypadku ubiegania się i przyznania stypendium socjalnego 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.
- Podane przeze mnie we wniosku informacje o członkach rodziny i dochodach przez nich uzyskiwanych są zgodne z prawdą, a załączone dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym.
- 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.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi w celu rozpatrzenia i realizacji wniosku o przyznanie wskazanego rodzaju świadczenia, przysługującego w ramach pomocy materialnej dla doktorantów, zgodnie z przepisami 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).
- 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¹ Właściwie zaznaczyć i uzupełnić.