

Potwierdzenie złożenia wniosku

Data wpływu wniosku:

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

DK

.....
(podpis pracownika Działu ds. Bytowych Studentów i Doktorantów).....
(imię i nazwisko doktoranta).....
(nazwisko panięskie doktoranta).....
(imiona rodziców)

PESEL:

Rok studiów, na który składany jest wniosek Tryb studiów: stacjonarne / niestacjonarne¹

Adres do korespondencji:

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

Telefon kontaktowy: Adres e-mail:

Informacje dotyczące rachunku bankowego Doktoranta:

Nazwa banku: Nr oddziału: Miejscowość:

Numer rachunku:

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

WNIOSEK
**do Komisji Stypendialnej ds. Doktorantów o przyznanie stypendium specjalnego dla osób
 niepełnosprawnych w roku akademickim/.....**
Posiadam stopień niepełnosprawności:²

-
- 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:

- Znane 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.

¹ Niepotrzebne skreślić.² Właściwe zaznaczyć.

- 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.
(miejsowość)

.....
(własnoręczny podpis doktoranta)

Adnotacje Działu ds. Bytowych Studentów i Doktorantów:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

