

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

.....
(data wpływu wniosku do Specjalisty
ds. Osób Niepełnosprawnych)

.....
(data wpływu wniosku do Działu
ds. Bytowych Studentów i Doktorantów)

.....
(podpis pracownika Działu)

Imię i nazwisko studenta

PESEL..... nr albumu

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

(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

Miejscowość

Numer rachunku:

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

Do Komisji Stypendialnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Proszę o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych

Posiadany stopień niepełnosprawności:

- znaczny umiarkowany lekki

Poświadczenie Specjalisty ds. Osób Niepełnosprawnych

(termin ważności orzeczenia)

.....
*(pieczęć i podpis Specjalisty
ds. Osób Niepełnosprawnych)*

¹ Właściwe podkreślić.

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. z 2018 r., poz. 1600, ze zm.) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że:

- 1) podane przeze mnie we wniosku informacje i załączone dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym;
- 2) w przypadku:
 - a) studentów – nie ukończyłem dotychczas żadnego kierunku studiów (oświadczenie nie dotyczy studentów, którzy po ukończeniu wyższych studiów zawodowych kontynuują naukę w celu uzyskania tytułu magistra),
 - b) doktorantów – nie ukończyłem dotychczas studiów doktoranckich;
- 3) nie ubiegam się o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku studiów lub na innej uczelni, a w przypadku ubiegania się i przyznania stypendium 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;
- 4) przyjmuję do wiadomości obowiązek zwrotu świadczeń nienależnych, tzn. otrzymanych na podstawie nieprawdziwych danych;
- 5) wyrażam zgodę na potrącenie nienależnego świadczenia z przyznanego mi stypendium;
- 6) znane mi są przepisy *Regulaminu przyznawania świadczeń z funduszu stypendialnego dla studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*;
- 7) przyjmuję do wiadomości, że złożony przeze mnie wniosek zostanie rozpatrzony najwcześniej w listopadzie bieżącego roku akademickiego;
- 8) 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.

.....
(data i własnoręczny podpis studenta)

Dane osobowe:

Na podstawie art. 13 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), dalej: RODO, Uniwersytet Medyczny w Łodzi informuje:

1. Dane Administratora Danych Osobowych (ADO): Uniwersytet Medyczny w Łodzi, 90-419 Łódź, Al. Kościuszki 4.
2. Dane Inspektora Ochrony Danych (IOD): Maciej Łokaj, adres e-mail: iod@umed.lodz.pl
3. Cele i podstawa prawna przetwarzania:
 - rozpatrzenie i realizacja wniosku o przyznanie świadczenia określonego rodzaju, wskazanego w treści regulaminu, przysługującego w ramach pomocy materialnej dla studentów – art. 6 ust. 1 lit. a RODO;
4. Odbiorcy danych osobowych:
 - podmioty, którym ADO powierzył przetwarzanie danych osobowych, w szczególności: dostawcy zewnętrznych.
5. Przekazywanie danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy:
 - ADO nie przekazuje danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy.
6. Okres przechowywania danych osobowych kształtowany jest przez:
 - okres wypłaty stypendium;
 - okres studiów, a w części objętej obowiązkiem archiwizacji okres wynikający z przepisów rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów,
7. Prawa związane z danymi osobowymi:
 - prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
 - prawo do ograniczenia przetwarzania;
 - prawo do przenoszenia danych;
 - prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie;
 - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podstawa obowiązku podania danych osobowych:
 - Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczenia i jego późniejszej realizacji/wypłaty.
9. Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji i profilowaniu:
 - W ramach przetwarzania przez ADO danych osobowych w ramach wniosków o świadczenia nie dochodzi do zautomatyzowanego podejmowania decyzji oraz nie dochodzi do profilowania.

Po zapoznaniu z treścią klauzuli informacyjnej oświadczam, że:

- a) rozumiem i akceptuję jej treść,
- b) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, w sposób całkowicie dobrowolny wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi moich danych osobowych zawartych w treści wniosku dla celów rozpatrzenia i realizacji wniosku o przyznanie wskazanego rodzaju świadczenia, przysługującego w ramach pomocy materialnej dla studentów,
- c) zostałem/am poinformowany/a, że moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie wyrażonej przeze mnie dobrowolnej zgody oraz, że przysługuje mi prawo do jej cofnięcia w każdym czasie, przy czym cofnięcie zgody wywołuje skutki prawne od momentu jego złożenia i będzie pozostawało bez wpływu na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z realizacją niniejszej umowy przed złożeniem oświadczenia o cofnięciu zgody.

.....
(data i własnoręczny podpis studenta)