

Załącznik nr 3

Drukować dwustronnie

do Regulaminu pomocy materialnej - ustalania wysokości, przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej studentom Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku na rok akademicki 2018/2019, zwanego dalej Regulaminem pomocy materialnej

Nazwisko i imię studenta

Nr albumu

Forma studiów	stacjonarne		Rok studiów
	niestacjonarne		
Stopień studiów	I stopień		
	II stopień		
	Mgr jednolite		

Adres stałego zamieszkania studenta

(kod, poczta, miejscowość, ulica, nr domu, województwo, nr telefonu)

Adres do korespondencji:

Adres e-mail:.....

PESEL:

Nr konta bankowego:

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

Oświadczam, że jest to mój pierwszy kierunek studiów (§ 6 ust 2 Regulamin przyznawania świadczeń pomocy materialnej).

.....
(podpis studenta)

Oświadczam, że ubiegam się o stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych tylko na kierunku i w uczelni wskazanych w niniejszym wniosku.

.....
(podpis studenta)

W przypadku występowania zaległości finansowych wobec Uczelni proszę o zaliczenie stypendium w poczet tych zobowiązań.

.....
(podpis studenta)

**Wniosek do Komisji Stypendialnej
o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych
semestr zimowy/ letni* roku akademickiego 2018/2019**

Uprzejmie proszę o przyznanie mi stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych.

1. Moje orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jest ważne do dnia.....

2. Stwierdzony stopień niepełnosprawności: **

lekki

umiarkowany

znaczny

Do wniosku załączam kserokopię dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność.

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, iż:

- wniosek o przyznanie świadczeń pomocy materialnej na rok akademicki 2018/2019 złożyłam/em/ tylko na kierunku..... stanowiącym tryb studiów stacjonarnych/ niestacjonarnych w Wyższej Szkole Medycznej w Białymstoku;
- zapoznałam/em się treścią art. 199 ust.3 w związku z art. 184 ust. 4 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym z dnia 27 lipca 2005 r. (Dz. U. nr 164,poz. 1365 z późn. zmianami i potwierdza, że studiuje / nie studiuje * na innym kierunku(podać jakim) w uczelni (podać nazwę uczelni)..... oraz, że nie otrzymuję żadnych świadczeń stypendialnych*

- jestem/ nie jestem absolwentem/tą innego kierunku studiów (w przypadku odpowiedzi pozytywnej wypełnij poniższą tabelkę)

Absolwent	Nazwa uczelni	Kierunek	Rok ukończenia
Studia I stopnia			
Studia II stopnia			
Studia jednolite mgr lub równorzędne			

OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Pomocy Materialnej.
- Świadomy odpowiedzialności karnej, cywilno-prawnej i dyscyplinarnej oświadczam iż podane informacje są zgodne z prawdą.
- Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości obowiązek zwrotu świadczeń nienależnie pobranych (ustawa „Prawo o szkolnictwie wyższym” art. 212), tzn.:
 - otrzymanych na podstawie nieprawdziwych danych
 - otrzymanych ze względu na brak powiadomienia dziekanatu lub Komisji stypendialnej o każdej zmianie sytuacji, mającej wpływ na wysokość świadczeń.

dnia

.....

(podpis studenta)

Klauzula informacyjna studentki w ramach przyznawania świadczeń pomocy materialnej

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych) informuję, iż:

1. administratorem Pana/Pani danych osobowych jest **Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku, ul. Krakowska 9 ,15-875 Białystok**
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - **iod@conet.net.pl**, tel. **601 441 374** (godz. 8-16)
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznawania świadczeń pomocy materialnej na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz w przypadku stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych i zapomogi dodatkowo na podstawie Art. 9 ust. 2 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji świadczenia usług edukacyjnych, a po tym czasie przez okres wymagany przepisami prawa. W przypadku danych zbieranych na podstawie Pani/Pana udzielonej zgody do czasu jej wycofania.
5. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą osoby oraz podmioty (Procesorzy) wykonujący pracę na rzecz Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku, w zakresie związanym z świadczeniem usług edukacyjnych oraz organom władzy publicznej w zakresie i celu wynikającym z przepisów prawa w tym firma Info-Logic, współpracująca z Uczelnią na podstawie umowy, komisja stypendialna i komisja odwoławcza
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej;
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
8. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
9. podanie danych osobowych wynika z przepisu prawa tj. ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. z 2017 r. poz. 2183 z późn. zm.).

dnia

.....

(podpis studenta)

Decyzja Komisji Stypendialnej:

Przyznaje się / nie przyznaje się stypendium dla osób niepełnosprawnych w wysokości :

..... zł miesięcznie w roku akademickim 2018/ 2019

.....

(data)

.....

(podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej)