



.....  
(pieczęćka i podpis pracownika dziekanatu)

Jestem studentem I roku studiów pierwszego stopnia.\*

1. Jestem laureatem olimpiady międzynarodowej/laureatem /finalistą olimpiady przedmiotowe o zasięgu ogólnopolskim, o których mowa w przepisach o systemie oświaty.

.....  
(pieczęćka i podpis pracownika dziekanatu)

**Do wniosku dołączam również dokumenty potwierdzające moje osiągnięcia naukowe, artystyczne lub wysokie wyniki sportowe.**

### 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			

Świadomy odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych, w tym odpowiedzialności dyscyplinarnej i zwrotu bezprawnie pobranych środków finansowych oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty oraz dane w nich zawarte są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

dnia.....

.....  
(własnoręczny 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](mailto: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.....

.....

(własnoręczny podpis studenta)

---

WYPEŁNIA PRACOWNIK DZIEKANATU

Punktacja za średnią ocen .....

Punktacja za osiągnięcia naukowe .....

Punktacja za osiągnięcia artystyczne .....

Punktacja za osiągnięcia sportowe .....

Dodatkowe punkty .....

Potwierdzam, iż podane powyżej informacje są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

Białystok, dnia .....

.....

(pieczętka i podpis pracownika dziekanatu)

---