

**WNIOSEK**  
**Do Komisji Stypendialnej**  
**o przyznanie stypendium rektora**  
**na rok akademicki 2019/2020**

Nazwisko i imię studenta

..... Nr albumu .....

<b>Forma studiów</b>	stacjonarne		<b>Rok studiów</b>
	niestacjonarne		
<b>Stopień studiów</b>	I stopień		
	II stopień		
	Mgr jednolite		

**Adres stałego zameldowania studenta:**

.....

(kod, poczta, miejscowość, ulica, nr domu, województwo, telefon, e-mail)

**Adres zamieszkania (do korespondencji):**

.....

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

**Proszę o przekazywanie przyznanych świadczeń pieniężnych na konto:**

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

**Studia:** \*  stacjonarne  niestacjonarne**Nr PESEL studenta wnioskodawcy:**

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

**W przypadku występowania zaległości finansowych wobec Uczelni proszę o zaliczenie stypendium w poczet tych zobowiązań.**.....  
(podpis studenta)

Średnia ocen uzyskana w poprzednim roku akademickim według załączonych dokumentów (obliczona zgodnie z Regulaminem świadczeń dla studentów WSMED w Białymstoku) wynosi.....

Stypendium za wyniki w nauce otrzymywałem(-am) przez..... semestrów.\* Wnoszę o przyznanie stypendium po powrocie z urlopu dziekańskiego na którym przebywałem (-am) w okresie .....

**Jestem studentem I roku studiów drugiego stopnia.\***

1. że ostatni rok akademicki zaliczyłem(am) w terminie określonym regulaminem studiów i harmonogramem roku akademickiego,
2. wyliczoną średnią ocen za wyniki w nauce z zaliczeń i egzaminów z przedmiotów objętych planem ostatniego roku studiów,
3. że ostatni rok akademicki nie był powtarzany

.....  
podpis studenta**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.

.....  
podpis studentaDo wniosku dołączam również dokumenty potwierdzające moje wyróżniające wyniki w nauce, osiągnięcia naukowe, lub artystyczne, lub osiągnięcia sportowe we współzawodnictwie co najmniej na poziomie krajowym **(właściwe zakres!)**.

## OŚWIADCZENIE

Zapoznałam/em się treścią art. 93 Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce i **oświadczam, że nie pobieram świadczeń na więcej niż na ww. kierunku**

- **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			

**Jestem, byłem/am studentem/tką innego kierunku studiów.**

Oświadczam, że od ukończenia szkoły średniej odbywałem/am – nie odbywałem/am naukę na studiach wyższych (w tym na innej uczelni)

Nazwa uczelni	kierunek	dzień, miesiąc i rok odbywania studiów	
		od	do

- Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem świadczeń dla studentów.
- Upzedzony/a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 § 1 Kodeksu karnego - „Kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” – oraz o odpowiedzialności dyscyplinarnej, o której mowa w art. 307 ust. 1 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.
- Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości obowiązek zwrotu świadczeń nienależnie pobranych, tzn.:
  - otrzymanych na podstawie nieprawdziwych danych
  - otrzymanych ze względu na brak powiadomienia dziekanatu lub Komisji Stypendialnej o każdej zmianie sytuacji materialnej rodziny, 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**
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 2016r
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.;

....., dnia.....

.....

( *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)

---