

**Załącznik nr 6 do Regulaminu  
świadczeń dla studentów WSM w Kłodzku**

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO DLA  
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH na rok akademicki ...../.....**

**Część A- wypełnia Student**

UWAGA: wypełniać drukowanymi literami

Nazwisko i imię Studenta	
Wydział	
Kierunek studiów	
Numer albumu	
Rok studiów (w roku akademickim)	(...../.....)
Semestr	
Tryb studiów	<input type="checkbox"/> stacjonarne <input type="checkbox"/> niestacjonarne
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Adres stałego zameldowania	
Adres do korespondencji	
Telefon kontaktowy	

1. Oświadczam, że posiadam stopień niepełnosprawności:

- 1) lekki\*
- 2) umiarkowany\*
- 3) znaczny\*

orzeczony na okres do .....

2. Załącznik- orzeczenie właściwego organu potwierdzającego niepełnosprawność.

Kłodzko, dnia .....

.....  
( podpis studenta )

\* niepotrzebne skreślić



## WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W KŁODZKU

- Oświadczam, że nie będę pobierał/a stypendium socjalnego dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku w Wyższej Szkole Medycznej w Kłodzku lub na innej uczelni.
- Świadomy/a odpowiedzialności karnej, cywilno- prawnej i dyscyplinarnej za podawanie nieprawidłowych danych, oświadczam, że podane przeze mnie we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.
- Zapoznałem/am się z regulaminem świadczeń dla studentów Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przesyłanie korespondencji za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2019 r. poz. 123), w związku ze złożeniem wniosku.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisem art. 6 ust. 1 lit. a) RODO oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. poz. 1000), w celu realizacji procesu przyznawania świadczeń dla studentów WSM w Kłodzku.
- Administratorem danych osobowych podanych we wniosku jest Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku.

Kłodzko, dnia .....

.....  
( podpis studenta )

### Część B- wypełnia Uczelniana Komisja Stypendialna

- Orzeczony stopień niepełnosprawności: lekki/ umiarkowany/ znaczny\* do dnia .....
- Złożono komplet dokumentów ( tak/ nie\* ) .....

Uwagi:

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

Kłodzko, dnia .....

.....  
( podpis przewodniczącego UKS )

.....  
( podpis członka UKS )

.....  
( podpis członka UKS )

• niepotrzebne skreślić