Załącznik nr 2 do Regulaminu
świadczeń dla studentów WSM w Kłodzku

WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

na rok akademicki …….

Proszę wypełnić drukowanymi literami

Imię i nazwisko	
PESEL	
Wydział	
Kierunek studiów	
Numer albumu	
Rok studiów	
Semestr	
Stopień studiów	
Adres do korespondencji	
Adres e-mail	
Nr telefonu	

1. Oświadczam, że posiadam*:
   - ☐ orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne;
   - ☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne;
   - ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne.

2. Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest*:
   - ☐ bezterminowo;
   - ☐ okresowo – do dnia: ……..…… .

Uwaga! Do wniosku należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

* proszę zaznaczyć właściwe

3. Proszę o przekazanie przyznanego stypendium na rachunek bankowy wskazany poniżej:

Numer rachunku bankowego:

Nazwa banku: ……

……..……..…… ……..……..
(miejscowość, data) (podpis studenta)

ZGODY I OŚWIADCZENIA

1. 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 na adres e-mail podany we wniosku.

2. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem świadczeń dla studentów Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku.

3. Świadoma/y odpowiedzialności karnej, cywilno-prawnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawidłowych danych oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

4. Zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania WSM w Kłodzku o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do świadczeń, zmianie miejsca zamieszkania lub zmianie numeru rachunku bankowego.

……..……..…… ……..……..
(miejscowość, data) (podpis studenta)

OŚWIADCZENIE O NIEPOBIERANIU ŚWIADCZEŃ NA INNYM KIERUNKU STUDIÓW

Ja, niżej podpisana/y ……..…….……..
(imię i nazwisko)

świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny), stosownie do art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oświadczam, że w roku akademickim …….:

1. wskazuję kierunek ……..……., na którym studiuję w Wyższej Szkole Medycznej w Kłodzku, jako ten na którym ubiegam się o świadczenie w formie*:
   - ☐ stypendium socjalnego;
   - ☐ stypendium dla osób niepełnosprawnych;
   - ☐ zapomogi;
   - ☐ stypendium rektora;

2. nie ubiegałam/em się i nie będę ubiegać się o wyżej wskazane świadczenie na innym kierunku studiów.

…….……..…… ……..…….
(miejscowość, data) (podpis studenta)

* proszę zaznaczyć właściwe (x)

OŚWIADCZENIE O POSIADANYCH TYTUŁACH ZAWODOWYCH

Ja, niżej podpisana/y ……..…….……..
(imię i nazwisko)

świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny) oraz świadoma/y odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych, w tym odpowiedzialności dyscyplinarnej, aż do wydalenia z uczelni i obowiązku zwrotu nieprawnie pobranego stypendium, **oświadczam że:***

☐ ukończyłam/em studia pierwszego stopnia i uzyskałam/em tytuł zawodowy licencjata/inżyniera lub równorzędny:

……..…….……
(proszę wpisać kierunek studiów i nazwę uczelni)

☐ nie ukończyłam/em studiów pierwszego stopnia

☐ ukończyłam/em studia drugiego stopnia/jednolite magisterskie i uzyskałam/em tytuł zawodowy magistra/magistra inżyniera lub równorzędny:

……..…….……
(proszę wpisać kierunek studiów i nazwę uczelni)

☐ nie ukończyłam/em studiów drugiego stopnia/jednolitych studiów magisterskich.

Pouczenie
Zgodnie z art. 93 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce stypendium rektora, stypendium socjalne, stypendium dla osób niepełnosprawnych i zapomoga nie przysługują studentowi posiadającemu tytuł zawodowy:
1) magistra, magistra inżyniera albo równorzędny;
2) licencjata, inżyniera albo równorzędny, jeżeli ponownie podejmuje studia pierwszego stopnia.

…….……. ……..…….
(miejscowość, data) (podpis studenta)

* zaznaczyć właściwe (x)

OŚWIADCZENIE O PRZEBIEGU STUDIÓW

Ja, niżej podpisana/y ……..……..……..
(imię i nazwisko)

świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny) oraz świadoma/y odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych, w tym odpowiedzialności dyscyplinarnej, aż do wydalenia z uczelni i obowiązku zwrotu nieprawnie pobranego stypendium, **oświadczam że dotychczas podjęłam/podjąłem następujące studia*:**

Nazwa uczelni	Kierunek studiów	Poziom studiów (I stopnia, II stopnia, jedn. magisterskie)	Okres studiowania od – do (miesiąc/rok)	Ilość rozpoczętych semestrów

*należy wymienić wszystkie dotychczas podjęte studia, tj. studia obecnie rozpoczęte/kontynuowane, studia ukończone, studia nieukończone, studia przerwane.

Pouczenie

1. Łączny okres, przez który przysługuje stypendium rektora, stypendium socjalne, stypendium dla osób niepełnosprawnych i zapomoga wynosi 12 semestrów, bez względu na ich pobieranie, z zastrzeżeniem że w ramach tego okresu świadczenia przysługują na studiach:
   a) pierwszego stopnia – nie dłużej niż przez 9 semestrów;
   b) drugiego stopnia – nie dłużej niż przez 7 semestrów.
2. Łączny okres, o którym mowa powyżej, jest dłuższy o 2 semestry w przypadku, gdy student podjął jednolite studia magisterskie, których czas trwania określony w przepisach prawa wynosi 11 albo 12 semestrów.
3. Do okresu, o którym mowa w pkt 1, wlicza się wszystkie rozpoczęte semestry na studiach, w tym semestry przypadające w okresie korzystania z urlopów, z wyjątkiem semestrów na kolejnych studiach pierwszego stopnia rozpoczętych lub kontynuowanych po uzyskaniu pierwszego tytułu zawodowego licencjata, inżyniera albo równorzędnego. W przypadku kształcenia się na kilku kierunkach studiów semestry odbywane równocześnie traktuje się jako jeden semestr.
4. W przypadku gdy niepełnosprawność powstała w trakcie studiów lub po uzyskaniu tytułu zawodowego, stypendium dla osób niepełnosprawnych przysługuje przez dodatkowy okres 12 semestrów.

……..……..…… ……..…….
(miejscowość, data) (podpis studenta)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y ……..…….……..
(imię i nazwisko)

świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny) oraz świadoma/y odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych, w tym odpowiedzialności dyscyplinarnej, aż do wydalenia z uczelni i obowiązku zwrotu nieprawnie pobranego stypendium, **oświadczam że:**

- **jestem/nie jestem*** żołnierzem zawodowym, który podjął studia na podstawie skierowania przez właściwy organ wojskowy i otrzymał pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie wojskowej.

- **jestem/nie jestem*** żołnierzem powołanym do dobrowolnej zasadniczej służby wojskowej, o której mowa w art. 95 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny (Dz. U. poz. 2305 oraz z 2023 r. poz. 347, 641, 1615 i 1834), lub żołnierzem zawodowym pełniącym służbę wojskową w uczelni wojskowej, w której pobieram naukę.

- **jestem/nie jestem*** funkcjonariuszem służb państwowych w służbie kandydackiej albo funkcjonariuszem służb państwowych, który podjął studia na podstawie skierowania lub zgody właściwego przełożonego i otrzymał pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie.

…….……..…… ……..…….
(miejscowość, data) (podpis studenta)

* niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych, dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku z siedzibą przy ul. Objazdowej 5, 57-300 Kłodzko;
2. Z Administratorem można się kontaktować:
   - telefonicznie pod numerem: 74 867 13 02, 531 604 500;
   - mailowo na adres skrzynki: dziekanat@wsm.klodzko.pl;
3. Powołany Inspektor Ochrony Danych: Rafał Guzik; kontakt: abi@vp.pl;
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku, przyznania i wypłacenia świadczeń oraz w celach statystycznych i sprawozdawczych, w ramach realizacji prawnie uzasadnionych zadań Administratora;
5. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust 1 lit. c) RODO, tj. wypełnienie obowiązków prawnych ciążących na Administratorze w związku z przepisami ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz Regulaminem świadczeń dla studentów Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku;
6. Pana/Pani dane osobowe mogą zostać udostępnione wewnętrznym jednostkom organizacyjnym Administratora, podmiotom świadczącym usługi na rzecz Administratora na podstawie zawartych umów oraz innym organom lub podmiotom upoważnionym na podstawie odrębnych przepisów.
7. Administrator może powierzyć innemu podmiotowi, w drodze umowy zawartej na piśmie, przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w imieniu Administratora, w szczególności będą to podmioty dostarczające i utrzymujące oprogramowanie wykorzystywane w celu przetwarzania danych studentów;
8. Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane osobowe przez okres trwania procesu kształcenia, a następnie przez okres 5 lat, chyba że przepisy odrębne przewidują inny okres przechowywania. Natomiast, w przypadku przetwarzania Pani/Pana danych na podstawie zgody, nie dłużej niż do momentu wycofania Pani/Pana zgody;
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu, a także nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
10. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, przeniesienia danych lub usunięcia, oraz wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych;
11. Podanie swoich danych osobowych jest dobrowolne. Jednakże w przypadku niepodania danych osobowych nie będzie możliwe przeprowadzenie postępowania i rozpatrzenie wniosku;
12. W sytuacji, gdy Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z prawem przysługuje Pani/Panu prawo do złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie przez Wyższą Szkołę Medyczną w Kłodzku.

…… ……..……..

(miejscowość, data) (podpis studenta)