

**Wniosek**  
**do Wydziałowej Komisji Stypendialnej / Komisji Stypendialnej\***  
**o przyznanie zapomogi w roku akademickim 2018/2019**

Potwierdzenie przyjęcia dokumentów przez DSSS

Nazwisko studenta / doktoranta*:		Imiona studenta / doktoranta*:		Nr albumu:	
Telefon:		Adres e-mail:			
Adres stałego zamieszkania:					
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		.....		.....	
kod pocztowy		miejsowość		ulica, numer domu/mieszkania, województwo	
Adres do korespondencji: <span style="float: right;"><i>(wypełnić, jeżeli jest różny od adresu stałego zamieszkania)</i></span>					
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		.....		.....	
kod pocztowy		miejsowość		ulica, numer domu/mieszkania, województwo	
Wydział:					
<input type="checkbox"/> I Wydział Lekarski z Oddz. Stomatologicznym		<input type="checkbox"/> Wydział Nauk o Zdrowiu			
<input type="checkbox"/> II Wydział Lekarski z Oddz. Anglojęzycznym		<input type="checkbox"/> Wydział Farmaceutyczny z Oddz. Analityki Medycznej			
Kierunek studiów:				Rok studiów:	
Forma studiów:		Rodzaj studiów:			
<input type="checkbox"/> stacjonarne		<input type="checkbox"/> I stopnia		<input type="checkbox"/> jednolite magisterskie	
<input type="checkbox"/> niestacjonarne		<input type="checkbox"/> II stopnia		<input type="checkbox"/> doktoranckie	
* <i>niepotrzebne skreślić</i>		<input type="checkbox"/> <i>właściwe pole zaznaczyć stawiając znak X</i>			

**Proszę o przyznanie zapomogi**

**Uzasadnienie:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Oświadczenia:

Oświadczam, że w bieżącym roku akademickim:

- otrzymałem/am zapomogę z tytułu .....
- nie otrzymałem/am zapomogi

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji zgodnie z art. 233 § 1 k.k. („kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”), odpowiedzialności na podstawie art. 286 § 1 k.k. („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 przedsięwziętego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej **oświadczam, że:**

– wszystkie załączone dokumenty oraz dane są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym,

– zapoznałem/am się z zasadami przyznawania pomocy materialnej określonymi w *Regulaminie przyznawania pomocy materialnej dla studentów i doktorantów UM w Lublinie*, w tym okolicznościami, które wykluczają uprawnienia do tej pomocy,

– zgodnie z przepisami prawa powszechnego, w szczególności 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 (tzw. Rozporządzenie Ogólne o Ochronie Danych/RODO) przekazuję swoje dane osobowe w celu i zakresie niezbędnym do przyznania świadczeń przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie z siedzibą przy Al. Raclawickich 1, 20-059 Lublin, o które się ubiegam. Moje dane będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa. Posiadam wiedzę, iż podanie danych osobowych jest dobrowolne aczkolwiek konieczne w celu wnioskowania o przyznanie świadczenia, mam prawo żądania dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz przenoszenia danych, a – w przypadkach przewidzianych prawem - usunięcia danych i sprzeciwu wobec ich przetwarzania, przy czym moje żądanie będzie skuteczne od dnia jego złożenia i nie będzie miało wpływu na legalność przetwarzania danych do dnia żądania usunięcia/sprzeciwu, mam również prawo złożyć skargę do organu nadzorczego. Dane nie będą przedmiotem sprzedaży i udostępniania podmiotom zewnętrznym, za wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa. Dane będą dostępne jedynie w stosunku do osób upoważnionych zobowiązanych do ich ochrony i zabezpieczenia oraz podmiotów, z którymi Uniwersytet zawarł stosowną umowę, np. w związku ze świadczeniem usług w zakresie IT, czy ochrony obiektów. Dane nie będą wykorzystywane w żadnym innym celu poza wskazanymi powyżej, nie będą w oparciu o nie podejmowane jakiegokolwiek decyzje w sposób zautomatyzowany. Dane będą przetwarzane w celu i okresie archiwizacji dokumentacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i procedurami obowiązującymi w Uniwersytecie, a także w celu, zakresie i okresach niezbędnych do dochodzenia ewentualnych roszczeń.

Administrator danych osobowych powołał Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się pod adresem: [abi@umlub.pl](mailto:abi@umlub.pl)

Ponadto wyrażam zgodę na publikację moich danych osobowych w zakresie numeru albumu na listach informujących o postępowaniu stypendialnym oraz o wynikach prac komisji stypendialnych.\*\*

\*\* w przypadku braku zgody skreślić

**Jednocześnie oświadczam, że:**

- dodatkowo studiuję:	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni oraz rok, kierunek)	
- ukończyłem/am studia:	I stopnia	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia)
	II stopnia	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia)
	jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia)
	doktoranckie	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia)
- po ukończeniu studiów I stopnia, studiowałem/am, ale nie ukończyłem/am studiów	II stopnia	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, okres pobierania pomocy materialnej potwierdzony zaświadczeniem z innej Uczelni)
	jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, okres pobierania pomocy materialnej potwierdzony zaświadczeniem z innej Uczelni)

### Proszę o przekazanie przyznanego świadczenia pieniężnego na moje konto bankowe:

Nazwa i adres banku																														
Nr rachunku wnioskodawcy																														

**Załączniki :**

- 1. .... 3. ....
- 2. .... 4. ....

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis studenta / doktoranta\*

**Ja niżej podpisany/a, świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który przewiduje karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, niniejszym oświadczam, że:**

- pobieram                       nie pobieram

**świadczenia pomocy materialnej na innej uczelni lub innym kierunku studiów, a w przypadku uzyskania świadczenia na innej uczelni lub innym kierunku studiów zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania DSSS o tym fakcie.**

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis studenta / doktoranta\*