

**Odwołanie do**  
**Odwoławczej Komisji Stypendialnej dla studentów\***  
**Odwoławczej Komisji Stypendialnej dla doktorantów\***  
**o przyznanie świadczeń w semestrze zimowym / letnim\***  
**w roku akademickim 2019/2020**

Potwierdzenie przyjęcia dokumentów przez DSSS

\* *niepotrzebne skreślić*      *właściwe pole zaznaczyć stawiając znak X*

Nazwisko studenta / doktoranta*:		Imiona studenta / doktoranta*:		Nr albumu:
Wydział: <input type="checkbox"/> Wydział Lekarsko-Dentystyczny <input type="checkbox"/> Wydział Nauk o Zdrowiu <input type="checkbox"/> Wydział Lekarski <input type="checkbox"/> Wydział Farmaceutyczny				
Kierunek studiów:				Rok studiów:
Forma studiów: <input type="checkbox"/> stacjonarne <input type="checkbox"/> niestacjonarne		Rodzaj studiów: <input type="checkbox"/> I stopnia <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie <input type="checkbox"/> II stopnia <input type="checkbox"/> doktoranckie		
Adres stałego zamieszkania: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....             ..... kod pocztowy                      miejscowość                      ulica, numer domu/mieszkania, województwo				Tel. kontaktowy: ..... .....
Adres do korespondencji: <i>(wypełnić, jeżeli jest różny od adresu stałego zamieszkania)</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....             ..... kod pocztowy                      miejscowość                      ulica, numer domu/mieszkania, województwo				
Adres e-mail: ..... .....				

**I. Wnoszę odwołanie od decyzji / zażalenie na postanowienie\* Nr ..... z dnia .....,**  
**którą/e odebrałem/am ..... w sprawie**     odmowy przyznania świadczenia

wysokości przyznanego świadczenia

formy przyznanego świadczenia

inne .....

**stypendium socjalnego**

**stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości ze względu na szczególnie uzasadniony przypadek:**

ponoszenia kosztów zamieszkania:     w domu studenckim              na stacji

braku dochodów i osób zobowiązanych do alimentacji oraz braku renty rodzinnej po rodzicach

sytuacji materialnej wychowanków domu dziecka lub osób, które osiągnęły pełnoletność, przebywając w pieczy zastępczej

**stypendium dla osób niepełnosprawnych** - .....

(termin ważności orzeczenia o niepełnosprawności)

**stypendium rektora dla studentów / doktorantów**

Proszę o przekazywanie przyznanych świadczeń pieniężnych na moje konto bankowe:

Nazwa i adres banku																																											
Nr rachunku wnioskodawcy																																											

## II. Uzasadnienie wniosku:

## III. W załączeniu przedkładam następujące dokumenty:

## IV. Oświadczenie:

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 przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej oświadczam, że:

– podane przeze mnie dane we wniosku oraz dołączone dokumenty, które zobowiązany/a byłem/am wykazać, są zgodne ze stanem faktycznym,  
– zapoznałem/am się z zasadami przyznawania świadczeń określonymi w *Regulaminie świadczeń 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. Raławickich 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: [iod@umlub.pl](mailto:iod@umlub.pl)

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

\*\* *niewłaściwe skreślić*

-----  
miejscość, data

-----  
czytelny podpis studenta / doktoranta\*