

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

**Wniosek  
 do Wydziałowej Komisji Stypendialnej  
 o przyznanie stypendium rektora dla studentów I roku  
 w semestrze zimowym, w roku akademickim 2021/2022**

Liczba punktów:

Potwierdzenie przyjęcia dokumentów przez DSSS

Nazwisko studenta:		Imiona studenta:		Nr albumu:	
Wydział: <input type="checkbox"/> Wydział Lekarsko-Dentystyczny <input type="checkbox"/> Wydział Nauk Medycznych <input type="checkbox"/> Wydział Nauk o Zdrowiu <input type="checkbox"/> Wydział Lekarski <input type="checkbox"/> Wydział Biomedyczny <input type="checkbox"/> Wydział Farmaceutyczny					
Kierunek studiów:					
Forma studiów: <input type="checkbox"/> stacjonarne <input type="checkbox"/> niestacjonarne			Rodzaj studiów: <input type="checkbox"/> I stopnia <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie		
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					
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					
Tel. kontaktowy: ..... Adres e-mail: .....					
<b>Proszę o przekazywanie przyznanego świadczenia pieniężnego na konto:</b>					
Nazwa i adres banku					
Nr rachunku studenta					

**Wnoszę o przyznanie stypendium rektora dla studentów. Oświadczam, że zostałem/am przyjęty/a na pierwszy rok studiów w roku złożenia egzaminu maturalnego i jestem:**

- Laureatem olimpiady międzynarodowej  
 Laureatem olimpiady stopnia centralnego  
 Finalistą olimpiady stopnia centralnego

z przedmiotu:  Biologia  Chemia  Fizyka  Matematyka  Inne .....  
 Język Angielski  Informatyka  Wiedza o żywieniu i żywności

Miejscowość i data olimpiady: .....

- Medalistą co najmniej współzawodnictwa sportowego o tytuł Mistrza Polski w danym sporcie, o którym mowa w przepisach o sporcie, potwierdzonego zaświadczeniem / dyplomem.

## Oświadczenia:

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 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 i liczby punktów na listach informujących o postępowaniu stypendialnym oraz o wynikach prac komisji stypendialnych.**

\*\* *niewłaściwe skreślić*

<b>Jednocześnie oświadczam, że:</b>		
- dodatkowo podjąłem/am studia:	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni oraz kierunku)

Do wniosku załączam dokumenty potwierdzające osiągnięcia:

1. ....
2. ....
3. ....

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

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis studenta