

Wniosek
do Wydziałowej Komisji Stypendialnej / Komisji Stypendialnej /
Rektora* o przyznanie zapomogi
w roku akademickim 2021/2022

Potwierdzenie przyjęcia dokumentów przez DSSS

* *niepotrzebne skreślić*

właściwe pole zaznaczyć stawiając znak X

Nazwisko studenta / doktoranta*:		Imiona studenta / doktoranta*:		Nr albumu:	
Telefon:		Adres e-mail:		Data urodzenia:	
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:				Rok studiów w 2021/2022:	
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	
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	
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 przedsiębranego 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 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. 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: 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 komisji stypendialnych.

** niewłaściwe skreślić

Jednocześnie oświadczam, że:

- dodatkowo studiuję:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie (podać nazwę uczelni oraz rok, kierunek)			
- ukończyłem/am studia:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> I stopnia	<input type="checkbox"/> II stopnia	<input type="checkbox"/> jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> doktoranckie
	 (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia)			
- studiowałem/am, ale nie ukończyłem/am studiów:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> I stopnia	<input type="checkbox"/> II stopnia	<input type="checkbox"/> jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> doktoranckie
	 (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę rozpoczęcia, datę skreślenia)			

Proszę o przekazanie przyznanego świadczenia pieniężnego na moje konto bankowe:

Nazwa i adres banku															
Nr rachunku wnioskodawcy															

Załączniki :

1. 3.
2. 4.

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 / doktoranta*