

Gdańsk, dnia
(data przyjęcia wniosku i podpis pracownika przyjmującego)

WNIOSEK o przyznanie stypendium Rektora GUMed na rok akademicki/.....

Dane osobowe studenta	Imię i nazwisko	
	Data urodzenia	
	PESEL	
	tel. kom.	
	e-mail	
	Adres zamieszkania: (ulica; numer budynku, mieszkania; kod pocztowy; miejscowość)	
	Adres do korespondencji: (ulica, numer budynku, mieszkania, kod pocztowy, miejscowość, gmina, powiat, województwo)	
Dane dotyczące statusu studenta	Nr albumu	
	Wydział	
	Kierunek	
	Oddział	
	Specjalność	
	Poziom*	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie
	Forma *	<input type="checkbox"/> studia stacjonarne <input type="checkbox"/> studia niestacjonarne
	Aktualny rok studiów	
Rok akademicki rozpoczęcia studiów (np. 2021/2022)		

1. OSIĄGNIĘCIA DYDAKTYCZNE

Średnia ocen	Zaliczenie w terminie	Wpis na kolejny rok	Potwierdzenie Dziekanatu	Punkty ¹
.....	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE*	

2. OSIĄGNIĘCIA NAUKOWE

Tytuł publikacji	Data i miejsce wydania	ISSN/ ISBN/ ISAN	I autor / zespołowa (% udziału) **	Potwierdzenie opiekuna pracy / Opiekuna SKN	Punkty ¹
.....
.....
.....
.....
.....
Inne osiągnięcia naukowe - czynny udział w konferencji, zjeździe i innych spotkaniach naukowych :			Potwierdzenie Opiekuna lub Przewodniczącego SKN:	Punkty ¹	

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. OSIĄGNIĘCIA SPORTOWE

Zajęte miejsce	Data i miejsce zawodów	Nazwa i ranga zawodów	Indyw. / Zespoł.	Potwierdzenie SWF GUMed	Punkty ¹
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. OSIĄGNIĘCIA ARTYSTYCZNE

Zajęte miejsce	Data i miejsce	Nazwa i ranga konkurencji	Indyw. / Zespoł.	Potwierdzenie	Punkty ¹
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Inne osiągnięcia artystyczne (dzieło art. książkowe - wydane, wystawa, nagranie - wydane):			Wydawnictwo / Wytwórnia / Wystawa		Punkty ¹
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

SUMA PUNKTÓW WSZYSTKICH OSIĄGNIĘĆ¹
--	-------

Proszę o wypłacanie świadczeń na **rachunek w banku**

o numerze
(Student/ka musi być właścicielem, bądź współwłaścicielem podanego rachunku bankowego).

OŚWIADCZENIE

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 kk zgodnie z którym „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 o odpowiedzialności dyscyplinarnej z art. 307 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, zgodnie z którym "Student podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie przepisów obowiązujących w uczelni oraz za czyn uchybiający godności studenta" oświadczam, że:

1. przedstawione przeze mnie w niniejszym wniosku oraz załącznikach informacje są **kompletne i zgodne ze stanem faktycznym**;
 2. jestem absolwentem/ką kierunku studiów: **nie** **tak** (w przypadku odpowiedzi pozytywnej wypełnij poniższą tabelę)

absolwent	nazwa uczelni	kierunek	rok rozpoczęcia (dzień/miesiąc/rok)	rok ukończenia (dzień/miesiąc/rok)
studiów I stopnia				
studiów II stopnia				
studiów jednolitych mgr lub równorzędnych				

3. jestem/ byłem/am studentem/ką innego kierunku studiów, w tym na innej uczelni: **nie** **tak** (w przypadku odpowiedzi pozytywnej wypełnij poniższą tabelę)

nazwa uczelni	kierunek	data rozpoczęcia studiowania(dzień/miesiąc/rok)	data zakończenia studiowania(dzień/miesiąc/rok)

4. otrzymuję wnioskowane świadczenie na innym kierunku studiów, w tym na innej uczelni: **nie** **tak** (w przypadku odpowiedzi pozytywnej podaj szczegóły otrzymywanego świadczenia, tj. rodzaj świadczenia, kierunek, uczelnię, okres otrzymywania świadczenia:

.....

);

5. **powiadomię GUMed** w przypadku uzyskania świadczenia na innym kierunku studiów w GUMed lub w innej szkole wyższej
 6. zapoznałem się z obowiązującym **Regulaminem świadczeń dla studentów GUMed**;

7. jestem świadomy, że w toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej (w tym przypadku Gdański Uniwersytet Medyczny) o **każdej zmianie swojego adresu**, w tym adresu elektronicznego. W razie zaniedbania powyższego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny;

8. wyrażam **zgode** na **przetwarzanie moich danych osobowych** zawartych w niniejszym wniosku i załącznikach przez Gdański Uniwersytet Medyczny z siedzibą w Gdańsku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3A obejmujących imię i nazwisko, PESEL, płeć, wiek, adres zamieszkania i korespondencji, stan zdrowia, numer telefonu, adres e-mail w celu realizacji zadań uczelni związanych z przyznawaniem i wypłacaniem studentom świadczeń zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej jako: ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.). Podanie danych i wyrażenie zgody jest dobrowolne. Przyjmuję do wiadomości, że zgoda może być odwołana w każdym momencie poprzez złożenie oświadczenia woli w tym zakresie u Inspektora Danych Osobowych (wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem wykorzystanie danych przed cofnięciem takiej zgody).

9. zapoznałem się z treścią poniższej **klauzuli informacyjnej**:

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gdański Uniwersytet Medyczny z siedzibą w Gdańsku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3a
- kontakt do Inspektora Ochrony Danych adres email iod@gumed.edu.pl
- Pani/Pana dane osobowe:
 - przetwarzane będą w celu realizacji zadań uczelni związanych z przyznawaniem i wypłacaniem studentom świadczeń na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
 - nie będą ujawniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa,
 - przechowywane będą przez okres 5 lat od ukończenia studiów,
- Posiada Pani/Pan prawo:
 - dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia i ograniczenia przetwarzania,
 - wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce dotyczących przyznawania studentom pomocy materialnej.

*wybrać właściwe

** w przypadku publikacji zespołowej wpisać % udziału studenta w pracy

¹ wypełnia pracownik GUMed

Załączniki:

1.
2.
3.
4.

.....
data i podpis wnioskodawcy

W wypadku, gdy poszczególne elementy formularza nie zmieściły się w odpowiednich miejscach, ciąg dalszy zamieszcza się na kolejnych, ponumerowanych kartach formatu A4, ze wskazaniem uzupełnianego miejsca. Pod dodaną do formularza treścią należy złożyć podpis.

Informacja o rozstrzygnięciu :

1. Przyznano stypendium Rektora GUMed w wysokości zł na okres od do

2. Nie przyznano stypendium Rektora GUMed:

.....
.....
.....

Gdańsk, dnia.....

.....
podpis pracownika

1. Informacja o zmianie rozstrzygnięcia

.....
.....
.....
.....

Gdańsk, dnia.....

.....
podpis pracownika

