

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

WNIOSEK o przyznanie	<input type="checkbox"/> stypendium socjalnego
Na rok akademicki/.....	<input type="checkbox"/> stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości

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)	

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym

Lp.	stopień pokrewieństwa	imię i nazwisko	data urodzenia	miejsce zatrudnienia, kształcenia (szkoła, rok nauki), inne źródła utrzymania
1	wnioskodawca			
2				
3				
4				
5				
6				

7				
8				
średni miesięczny dochód netto na jednego członka rodziny				zł

Szczególnie uzasadnione przypadki (wypełniają osoby wnoszące o przyznanie stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości):

- codzienny dojazd do uczelni z miejsca stałego zamieszkania uniemożliwiłby lub znacznie utrudnił studiowanie, w związku z czym zamieszkuje w domu studenta GUMed o numerze /innym obiekcie w Gdańsku pod adresem
- jestem sierotą zupełną; *
- samotnie wychowuję dziecko; *
- osiągnąłem pełnoletność w rodzinie zastępczej; *
- inne, szczególnie uzasadnione przypadki
-

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:

- przedstawione przeze mnie w niniejszym wniosku oraz załącznikach informacje są **kompletne i zgodne ze stanem faktycznym**;
- 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				

- 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:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gdański Uniwersytet Medyczny z siedzibą w Gdańsku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3a
2. kontakt do Inspektora Ochrony Danych adres email iod@gumed.edu.pl
3. Pani/Pana dane osobowe:
 - a. 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.,
 - b. nie będą ujawniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa,
 - c. przechowywane będą przez okres 5 lat od ukończenia studiów,
4. Posiada Pani/Pan prawo:
 - a. dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia i ograniczenia przetwarzania,
 - b. 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.,
5. 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

Załączniki:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

.....

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.

Dochód - wypełnia pracownik GUMed:

OBLICZENIE DOCHODU		ZMIANA DOCHODU	
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	
4.		4.	
5.		5.	
6.		6.	
7.		7.	
średni miesięczny dochód netto w rodzinie studenta		średni miesięczny dochód netto w rodzinie studenta	
miesięczny dochód netto na jednego członka rodziny		miesięczny dochód netto na jednego członka rodziny	
.....
.....
sporządził: data i podpis pracownika	sprawił: data i podpis pracownika	sporządził: data i podpis pracownika	sprawił: data i podpis pracownika

Informacja o rozstrzygnięciu :

1. Przyznano stypendium socjalne/socjalne w zwiększonej wysokości:
w wysokościzł na okres od do

2. Nie przyznano stypendium socjalnego z powodu:
.....
.....
.....

Gdańsk, dnia.....

.....
podpis pracownika

3. Informacja o zmianie rozstrzygnięcia
.....
.....
.....
.....

Gdańsk, dnia.....

.....
podpis pracownika