

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

## WNIOSEK o zakwaterowanie w Domu Studenta Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w roku akademickim ...../.....

<b>Dane osobowe studenta</b>	Imię i nazwisko	
	Data urodzenia	
	PESEL	
	tel. kom.	
	e-mail	
	Adres zamieszkania: (ulica; numer budynku, mieszkania; kod pocztowy; miejscowość)	
	<b>Adres do korespondencji:</b> (ulica, numer budynku, mieszkania, kod pocztowy, miejscowość, gmina, powiat, województwo)	
<b>Dane dotyczące statusu studenta</b>	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)	

Wnoszę o przyznanie mi zakwaterowania w domu studenta Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego numer .....

### Uzasadnienie

Wniosek niniejszy jest uzasadniony z następujących przyczyn:

- codzienny dojazd do Uczelni uniemożliwiłby lub w znacznym stopniu utrudniłby mi studiowanie;
- znajduję się w trudnej sytuacji materialnej - średni dochód miesięczny na jednego członka mojej rodziny, ustalony na podstawie Regulaminu świadczeń dla studentów GUMed wynosi:

.....zł (netto)  
 ( słownie: ..... )

..... ) – **obowiązkowy wpis,**

- jestem w szczególnej sytuacji (dodatkowe kryteria), ponieważ:

- jestem sierotą,  
 jestem niepełnosprawny,

- samotnie wychowuję dziecko,  
 inne.....

### OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/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 przedsięwziętego 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. zapoznałem się z obowiązującym **Regulaminem świadczeń dla studentów GUMed**;
3. 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;
4. wyrażam **zgoda 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 wyptacaniem 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).
5. 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 wyptacaniem 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.

.....  
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 miejsce w domu studenta GUMed nr ..... na okres od ..... do .....

2. Nie przyznano miejsca w domu studenta GUMed z powodu:

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

Gdańsk, dnia.....

.....  
podpis pracownika

3. Informacja o zmianie rozstrzygnięcia

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

Gdańsk, dnia.....

.....  
podpis pracownika