**Załącznik nr 2** do Regulaminu świadczeń
dla studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

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

# WNIOSEK
# o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych GUMed
# na rok akademicki 2025/2026

| | | |
|---|---|---|
| **Dane osobowe studenta** | Imię i nazwisko | |
| | Data urodzenia | |
| | PESEL | |
| | tel. kom. | |
| | e-mail<br>(w domenie ***@gumed.edu.pl***) | |
| | **Adres do korespondencji:**<br>**(ulica, numer budynku, mieszkania, kod pocztowy, miejscowość, gmina, powiat, województwo)** | |
| | Adres stałego zamieszkania:<br>(ulica, numer budynku, mieszkania, kod pocztowy, miejscowość, gmina, powiat, województwo) | |
| **Dane dotyczące statusu studenta** | Nr albumu | |
| | Wydział | |
| | Kierunek | |
| | Poziom | ☐ studia pierwszego stopnia<br>☐ studia drugiego stopnia<br>☐ jednolite studia magisterskie |
| | Forma | ☐ studia stacjonarne<br>☐ studia niestacjonarne |
| | Aktualny rok studiów<br>(np. I, II, III, …) | |
| | Rok akademicki rozpoczęcia studiów (np. 2021/2022) | |

Wnoszę o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych.

**Uzasadnienie:**

Jestem niepełnosprawny w stopniu:

- ☐ lekkim,
- ☐ umiarkowanym,
- ☐ znacznym*

Na potwierdzenie przedkładam:

- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności,
- ☐ orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,
- ☐ orzeczenie, o którym mowa w art. 5 oraz art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wydane przez …… z dnia …… wydane na stałe/na okres od …… do ……

Moja niepełnosprawność powstała w dniu ……

*wybrać właściwe

Proszę o wypłacanie świadczeń na **rachunek o numerze** ……..…….
**w banku** ..……..
**(Uwaga! Student/ka musi być właścicielem, bądź współwłaścicielem podanego rachunku bankowego).**

**OŚWIADCZENIE**

1. Wyrażam **zgodę 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 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 Ochrony Danych (wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem wykorzystania danych przed cofnięciem takiej zgody).
2. Zapoznałam/łem się z treścią poniższej **klauzuli informacyjnej**:
   Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Uczelnia informuje, iż:
   1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gdański Uniwersytet Medyczny z siedzibą w Gdańsku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3a;
   2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy za pośrednictwem adresu e-mail: 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 z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
      b) nie będą ujawniane innym podmiotom, z 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 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.

**Do wniosku załączam:**

1. oświadczenie złożone na formularzu stanowiącym załącznik nr 15 do Regulaminu;
2. dowody poświadczające stopień niepełnosprawności;
3. inne: - ……..
   - ……..
   - ……..

……
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 dla osób niepełnosprawnych w wysokości …… zł
   na okres od …… do ……

2. Nie przyznano stypendium dla osób niepełnosprawnych z powodu:
   ……
   ……
   ……

Gdańsk, dnia …….....

……
podpis pracownika

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

Gdańsk, dnia …….....

……
podpis pracownika