Załącznik nr 4 do Regulaminu świadczeń
dla studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

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

WNIOSEK
o przyznanie stypendium Rektora GUMed na rok akademicki 2025/2026

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

ADNOTACJE DZIEKANATU:		
Student uzyskał bezwarunkowy wpis na obecny rok studiów:	▢ TAK	▢ NIE
Student nie powtarza roku studiów w danym roku akademickim:	▢ TAK	▢ NIE
Student nie wznawia studiów w danym roku akademickim:	▢ TAK	▢ NIE
Student nie został prawomocnie ukarany karą dyscyplinarną w poprzednim roku akademickim:	▢ TAK	▢ NIE
Średnia ocen za rok akademicki 2024/2025z dokładnością do 2 miejsc po przecinku: (Uwaga! Średnia uzyskana poza GUMed podlega przeliczeniu wg Regulaminu studiów GUMed)	…… średnia	…… punkty[1)]
Podpis i pieczęć pracownika dziekanatu:		

OSIĄGNIĘCIA:

1. NAUKOWE:

PUBLIKACJE	Dokument poświadczający osiągnięcie	Punkty[1)]
Tytuł publikacji: 1) …… …… data publikacji: …….. 2) …… …… data publikacji: …….. 3) …… …… data publikacji: ……..	• potwierdzenie z Biblioteki GUMed (wzór obowiązkowy – zał. nr 14 do Regulaminu): zał. nr …… do wniosku	1)…… 2)…… 3)……

KONFERENCJE	Dokument poświadczający osiągnięcie	Punkty[1)]
Nazwa konferencji: 1) …… ☐ referat ☐ międzynarodowa data wydarzenia: …….. ☐ plakat ☐ krajowa miejsce wydarzenia: …….. ☐ nagroda lub wyróżnienie 2) …… ☐ referat ☐ międzynarodowa data wydarzenia: …….. ☐ plakat ☐ krajowa miejsce wydarzenia: …….. ☐ nagroda lub wyróżnienie 3) …… ☐ referat ☐ międzynarodowa data wydarzenia: …….. ☐ plakat ☐ krajowa miejsce wydarzenia: …….. ☐ nagroda lub wyróżnienie	• certyfikat uczestnictwa lub zaświadczenie od organizatora konferencji lub z uczelni potwierdzające przyjęcie referatu lub plakatu • dyplom potwierdzający zdobycie nagrody lub wyróżnienia w konkursie prac 1) zał. nr ……. do wniosku 2) zał. nr ……. do wniosku 3) zał. nr ……. do wniosku	1)…… 2)…… 3)……

KONKURSY NAUKOWE	Dokument poświadczający osiągnięcie	Punkty[1)]
Nazwa konkursu: 1) …… ☐ indywidulanie data wydarzenia: …….. ☐ zespołowo zajęte miejsce: …….. 2) …… ☐ indywidulanie data wydarzenia: …….. ☐ zespołowo zajęte miejsce: …….. 3) …… ☐ indywidulanie data wydarzenia: …….. ☐ zespołowo zajęte miejsce: ……..	• dyplom lub wydane przez organizatora zaświadczenie potwierdzające zajęcie punktowanego miejsca w naukowych konkursach i olimpiadach dla studentów 1) zał. nr ……. do wniosku 2) zał. nr ……. do wniosku 3) zał. nr ……. do wniosku	1)…… 2)…… 3)……

PROJEKTY	Dokument poświadczający osiągnięcie	Punkty[1)]
Rodzaj projektu (grantodawca): 1) …… ☐ kierownictwo ☐ udział okres realizacji: …….. 2) …… ☐ kierownictwo ☐ udział okres realizacji: …….. 3) …… ☐ kierownictwo ☐ udział okres realizacji: ……..	• zaświadczenie od kierownika projektu potwierdzające udział studenta • pierwsza strona umowy projektowej lub decyzja o przyznaniu grantu – w przypadku gdy student jest kierownikiem projektu 1) zał. nr ……. do wniosku 2) zał. nr ……. do wniosku 3) zał. nr ……. do wniosku	1)…… 2)…… 3)……

2. SPORTOWE:		
☐ klasa mistrzowska międzynarodowa	• dyplom lub zaświadczenie potwierdzające klasę mistrzowską międzynarodową zał. nr ……. do wniosku	.....
Nazwa zawodów/mistrzostw: 1) …… ☐ Mistrzostwa Polski data wydarzenia: …….. ☐ Akademickie Mistrzostwa Polski zajęte miejsce: …….. ☐ Akademickie Mistrzostwa Polski Uczelni Medycznych 2) …… ☐ Mistrzostwa Polski data wydarzenia: …….. ☐ Akademickie Mistrzostwa Polski zajęte miejsce: …….. ☐ Akademickie Mistrzostwa Polski Uczelni Medycznych 3) …… ☐ Mistrzostwa Polski data wydarzenia: …….. ☐ Akademickie Mistrzostwa Polski zajęte miejsce: …….. ☐ Akademickie Mistrzostwa Polski Uczelni Medycznych	• dyplom lub zaświadczenie potwierdzające zajęcie punktowanego miejsca w zawodach sportowych 1) zał. nr ……. do wniosku 2) zał. nr ……. do wniosku 3) zał. nr ……. do wniosku	1)…….. 2)…….. 3)……..
3. ARTYSTYCZNE:	**Dokument poświadczający osiągnięcie**	**Punkty**[1)]
Nazwa konkursu: 1) …… ☐ międzynarodowy ☐ indywidulanie data wydarzenia: …….. ☐ krajowy ☐ zespołowo zajęte miejsce: …….. ☐ uczelni medycznych 2) …… ☐ międzynarodowy ☐ indywidulanie data wydarzenia: …….. ☐ krajowy ☐ zespołowo zajęte miejsce: …….. ☐ uczelni medycznych 3) …… ☐ międzynarodowy ☐ indywidulanie data wydarzenia: …….. ☐ krajowy ☐ zespołowo zajęte miejsce: …….. ☐ uczelni medycznych	• dyplom lub wydane przez organizatora, kierownika bądź opiekuna grupy artystycznej zaświadczenie potwierdzające zajęcie punktowanego miejsca w artystycznych konkursach i festiwalach 1) zał. nr ……. do wniosku 2) zał. nr ……. do wniosku 3) zał. nr ……. do wniosku	1)…….. 2)…….. 3)……..
4. OSIĄGNIĘCIA STUDENTA I ROKU:	**Dokument poświadczający osiągnięcie**	
☐ laureat olimpiady międzynarodowej lub laureat olimpiady stopnia centralnego ☐ finalista olimpiady stopnia centralnego ☐ medalista co najmniej współzawodnictwa sportowego o tytuł Mistrza Polski nazwa wydarzenia: …… …… data wydarzenia: …….. rok zdania matury: ……..	• zaświadczenie wydane przez organizatora olimpiady międzynarodowej potwierdzające uzyskanie tytułu laureata olimpiady • zaświadczenie wydane przez organizatora lub komitet główny olimpiady potwierdzające uzyskanie tytułu finalisty lub laureata olimpiady stopnia centralnego • zaświadczenie lub dyplom potwierdzające uzyskanie medalu co najmniej współzawodnictwa sportowego o tytuł Mistrza Polski zał. nr ……. do wniosku	
SUMA PUNKTÓW WSZYSTKICH OSIĄGNIĘĆ:	……[1)]	

[1)] *wypełnia pracownik* Działu ds. Świadczeń Socjalnych i Stypendialnych

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 osiągnięcia, wymienione w wyżej zamieszczonej tabeli;
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 Rektora GUMed w wysokości …… zł na okres od …..…..…… do ……..……

2. Nie przyznano stypendium Rektora GUMed:

……
……
……

Gdańsk, dnia …….....

……
podpis pracownika

3. Informacja o zmianie rozstrzygnięcia

……
……
……

Gdańsk, dnia …….....

……
podpis pracownika