

Data złożenia wniosku.....
/ podpis pracownika /

Wniosek o przyznanie

stypendium socjalnego

stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości

na rok akademicki/.....

imię i nazwisko studenta	data urodzenia	
PESEL	telefon komórkowy, adres e-mail	
adres zamieszkania (ulica, numer budynku, mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)	adres do korespondencji (ulica, numer budynku, mieszkania, kod pocztowy, miejscowość) ¹	
numer albumu	Wydział	
Kierunek	Oddział	
Specjalność	poziom studia pierwszego stopnia / studia drugiego stopnia / jednolite studia magisterskie*	
forma stacjonarne / niestacjonarne*	rok studiów	rok akademicki rozpoczęcia studiów

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym.

Lp.	stopień pokrewieństwa	imię i nazwisko	data urodzenia	miejsce zatrudnienia, miejsce 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).

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

Proszę o wypłacanie świadczeń na rachunek w banku

o numerze

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 (Dz. U. z 2018 r., poz 1668 ze zm.) zgodnie z którym "Student podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie przepisów obowiązujących w uczelni oraz za czyn uchylający 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. **powiadomię GUMed** w przypadku uzyskania świadczenia na innym kierunku studiów na GUMed lub w innej szkole wyższej
5. zapoznałem się z obowiązującym **Regulaminem świadczeń dla studentów GUMed**;
6. 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;
7. 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 zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych. 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).
8. zapoznałem się z treścią poniższej **klauzuli informacyjnej**:
Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) 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 procesu nauczania w 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 i prawo do przenoszenia danych,
 - 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.

**niepotrzebne skreślić*

Załączniki:

1.
2.
3.
4.
5.

.....
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.	
8.		8.	
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		sporządził: data i podpis pracownika	
sprawdził: data i podpis pracownika		sprawdził: data i podpis pracownika	

Informacja o rozstrzygnięciu.

1. Przyznano stypendium socjalne/socjalne w zwiększonej wysokości:

w wysokości na okres od do

2. Nie przyznano stypendium socjalnego z powodu:

.....
data i podpis pracownika

3. Informacje o zmianie rozstrzygnięcia:

.....
data i podpis pracownika