

Data złożenia wniosku.....

/ podpis pracownika /

Wniosek o ponowne przeliczenie dochodu w roku akademickim/.....

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

Wnoszę o ponowne przeliczenie dochodu osiągniętego przez członków mojej rodziny ze względu na:

- utratę dochodu przez członka mojej rodziny (podać imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa) co dokumentuję następującymi załącznikami:
.....
- uzyskanie dochodu przez członka mojej rodziny (podać imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa) co dokumentuję następującymi załącznikami:
.....

(Należy dołączyć potwierdzające dokumenty).

Dochód. Wypełnia pracownik GUMed

MIESIĘCZNY DOCHÓD POPRZEDNIO		zł
MIESIĘCZNY DOCHÓD W RODZINIE PO PRZELICZENIU		zł
MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO NA CZŁONKA RODZINY PO PRZELICZENIU		zł

OŚWIADCZENIE

Uprowadzony/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) 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. 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.

W załączeniu:

1. ..
2. ..
3. ..

.....

data i podpis wnioskodawcy

Informacja o rozstrzygnięciu.

1. Przyznano stypendium socjalne w wysokości na okres
2. Nie przyznano stypendium socjalnego z powodu:

.....
data i podpis pracownika

3. Informacje o zmianie rozstrzygnięcia:

.....
data i podpis pracownika