

Załącznik nr 1 do Regulaminu świadczeń dla studentów GUMed

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

| | |
|---|---|
| WNIOSEK o przyznanie | <input type="checkbox"/> stypendium socjalnego |
| Na rok akademicki/..... | <input type="checkbox"/> stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości |

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

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):

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

Proszę o wypłacanie świadczeń na **rachunek w banku**

.....

o numerze

.....

(Student/ka musi być właścicielem, bądź współwłaścicielem podanego rachunku bankowego).

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 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 (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 574, z późn. zm.) zgodnie z którym "Student podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie przepisów obowiązujących w uczelni oraz za czyn uchybiający godności studenta" oświadczam, że:

- przedstawione przeze mnie w niniejszym wniosku oraz załącznikach informacje są **kompletne i zgodne ze stanem faktycznym**;
- 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 | | | | |

- 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. otrzymuję wnioskowane świadczenie na innym kierunku studiów, w tym na innej uczelni: **nie** **tak** (w przypadku odpowiedzi pozytywnej podaj szczegóły otrzymywanego świadczenia, tj.:

rodzaj świadczenia, kierunek, uczelnię, okres otrzymywania świadczenia:

.....

);

5. **powiadomię GUMed** w przypadku uzyskania świadczenia na innym kierunku studiów w GUMed lub w innej szkole wyższej;
6. zapoznałem się z obowiązującym **Regulaminem świadczeń dla studentów GUMed**;
7. 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;
8. 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 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 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).
9. 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 wypłacaniem 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.

*wybrać właściwe

Załączniki:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

.....

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

Informacja o rozstrzygnięciu :

1. Przyznano stypendium socjalne/socjalne w zwiększonej wysokości:
w wysokościzł na okres od do

2. Nie przyznano stypendium socjalnego z powodu:

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

Gdańsk, dnia.....

.....
podpis pracownika

3. Informacja o zmianie rozstrzygnięcia

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

Gdańsk, dnia.....

.....
podpis pracownika