

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

## WNIOSEK o przyznanie stypendium Rektora GUMed na rok akademicki ...../.....

<b>Dane osobowe studenta</b>	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)		
<b>Dane dotyczące statusu studenta</b>	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		

### 1. OSIĄGNIĘCIA DYDAKTYCZNE

Średnia ocen	Zaliczenie w terminie	Wpis na kolejny rok	Potwierdzenie Dziekanatu	Punkty <sup>1</sup>
.....	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE*		.....

### 2. OSIĄGNIĘCIA NAUKOWE

Tytuł publikacji	Data i miejsce wydania	ISSN/ ISBN/ ISAN	I autor / zespołowa (% udziału) **	Potwierdzenie opiekuna pracy / Opiekuna SKN	Punkty <sup>1</sup>
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
Inne osiągnięcia naukowe - czynny udział w konferencji, zjeździe i innych spotkaniach naukowych :	Potwierdzenie Opiekuna lub Przewodniczącego SKN:			Punkty <sup>1</sup>	



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. 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 **zgody 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

\*\* w przypadku publikacji zespołowej wpisać % udziału studenta w pracy

<sup>1</sup> wypełnia pracownik GUMed

Załączniki:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

.....  
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

1. Informacja o zmianie rozstrzygnięcia

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

Gdańsk, dnia.....

.....  
podpis pracownika