

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

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

<b>Dane osobowe studenta</b>	Imię i nazwisko	
	Data urodzenia	
	PESEL	
	tel. kom.	
	e-mail	
	Adres zamieszkania: (ulica; numer budynku, mieszkania; kod pocztowy; miejscowość)	
	<b>Adres do korespondencji:</b> (ulica, numer budynku, mieszkania, kod pocztowy, miejscowość, gmina, powiat, województwo)	
<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 (np. 2021/2022)	

**Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym**

Lp.	stopień pokrewieństwa	imię i nazwisko	data urodzenia	miejsce zatrudnienia, kształcenia (szkoła, rok nauki), inne źródła utrzymania
1	wnioskodawca			
2				
3				
4				
5				
6				



--	--	--	--

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 **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 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 wysokości .....zł na okres od ..... do .....

2. Nie przyznano stypendium socjalnego z powodu:

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

Gdańsk, dnia.....

.....  
podpis pracownika

3. Informacja o zmianie rozstrzygnięcia

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

Gdańsk, dnia.....

.....  
podpis pracownika