Załącznik nr 4 do Regulaminu przyznawania świadczeń z funduszu stypendialnego dla studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

# WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM

**DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH NA ROK AKADEMICKI 20…../20……**

……………………………………… ………………………………………….... (data wpływu wniosku do Specjalisty (data wpływu wniosku do Działu

ds. Osób Niepełnosprawnych) ds. Bytowych Studentów i Doktorantów)

……..…..…………………………………

*(podpis pracownika Działu)*

Imię i nazwisko studenta ……………………………………………………………………………….. PESEL……………………………………….. nr albumu ………………………………… ……..…… Rok studiów …... w roku akademickim 20… /20… Poziom studiów ……………………………….....

*(I stopień ; II stopień ; jednolite studia magisterskie)* Wydział …..………….……………………..……… kierunek ………………………………………… Tryb studiów: stacjonarne / niestacjonarne / niestacjonarne zaoczne1

Adres korespondencyjny….……………………………………………………………………………...

(*kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)*

Telefon kontaktowy: ……………………………………… adres e-mail: ……………………………

# Informacje dotyczące rachunku bankowego Studenta:

Nazwa banku ..………………………………………………………………………………………... Miejscowość …………………………………………………………………………………………..

Numer rachunku:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **̶** |  |  |  |  | **̶** |  |  |  |  | **̶** |  |  |  |  | **̶** |  |  |  |  | **̶** |  |  |  |  | **̶** |  |  |  |  |

# Do Komisji Stypendialnej

**Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

Proszę o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych Posiadany stopień niepełnosprawności:

 znaczny  umiarkowany  lekki

Poświadczenie Specjalisty ds. Osób Niepełnosprawnych ……………………………….………………….

*(termin ważności orzeczenia)*

..……………………………………………

*(pieczęć i podpis Specjalisty ds. Osób Niepełnosprawnych)*

1 Właściwe podkreślić.

## Oświadczenie studenta:

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 233 § 1 i § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U.2020.1444 ze zm.) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że:

1. podane przeze mnie we wniosku informacje i załączone dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym;
2. w przypadku:
   1. studentów − nie ukończyłem dotychczas żadnego kierunku studiów (oświadczenie nie dotyczy studentów, którzy po ukończeniu wyższych studiów zawodowych kontynuują naukę w celu uzyskania tytułu magistra),
   2. doktorantów − nie ukończyłem dotychczas studiów doktoranckich;
3. nie ubiegam się o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku studiów lub na innej uczelni, a w przypadku ubiegania się i przyznania stypendium dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku studiów lub na innej uczelni, zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o tym Dział ds. Bytowych Studentów i Doktorantów, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia uzyskania informacji o zaistniałym fakcie;
4. przyjmuję do wiadomości obowiązek zwrotu świadczeń nienależnych, tzn. otrzymanych na podstawie nieprawdziwych danych;
5. wyrażam zgodę na potrącenie nienależnego świadczenia z przyznanego mi stypendium;
6. znane mi są przepisy *Regulaminu przyznawania świadczeń z funduszu stypendialnego dla studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;*
7. przyjmuję do wiadomości, że złożony przeze mnie wniosek zostanie rozpatrzony najwcześniej w listopadzie bieżącego roku akademickiego;
8. nie jestem kandydatem na żołnierza zawodowego / żołnierzem zawodowym / funkcjonariuszem służb państwowych podejmującym studia na podstawie skierowania, nie otrzymuję pomocy w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych lub przepisów o służbie.

…………………………………………

*(data i własnoręczny podpis studenta)*

# Dane osobowe:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi, z siedzibą w Łodzi, przy al. Kościuszki 4; kod pocztowy: 90-419 Łódź, tel.: 42 2725803, NIP: 725 18 43 739, REGON: 473 073 308. Kontakt z Administratorem jest możliwy za pośrednictwem danych teleadresowych oraz poprzez skrzynkę elektroniczną pod adresem: umed@umed.lodz.pl
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony danych, z którym można się skontaktować za pośrednictwem adresu e-mail: iod@umed.lodz.pl.
3. Cele i podstawa prawna przetwarzania:

* w celu realizacji zadań wykonywanych w interesie publicznych powierzonych Administratorowi na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
* w celu realizacji uprawnień do otrzymania świadczenia na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (w zakresie danych szczególnych kategorii) w zw. z art. 86 ustawy z 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów;
* wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze w związku z realizacją obowiązku sprawozdawczego w zakresie podatku dochodowego - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
* w celu dochodzenia, ustalenia lub obrony ewentualnych roszczeń z tytułu przyznanych świadczeń na podstawie uzasadnionego interesu Administratora zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;

1. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczenia i jego późniejszej realizacji/wypłaty.
2. Okres przechowywania danych osobowych kształtowany jest przez przepisy prawa podatkowego oraz terminy przedawnienia roszczeń, a w części objętej obowiązkiem archiwizacji przez okres wynikający z przepisów rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów.
3. Odbiorcami danych osobowych będą: podmioty dostarczające i wspierające systemy informatyczne stosowane przez Administratora oraz podmioty świadczące usługi związane z bieżącą działalnością Administratora – na mocy stosownych umów powierzania danych osobowych oraz przy zapewnieniu stosowania przez ww. podmioty adekwatnych środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę danych. Dane osobowe mogą również być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
4. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej, chyba że jest to wymagane przez obowiązujące przepisy prawa. W tym jednak przypadku, Administrator danych zadba o zapewnienie podstawy prawnej oraz odpowiedniego poziomu zabezpieczenia danych, gwarantując spełnienie warunków określonych w rozdziale V RODO.
5. Każdej osobie, której dane są przetwarzane, w zakresie wynikającym z przepisów prawa, przysługuje prawo:

* prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
* prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
* prawo do ograniczenia przetwarzania;
* prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie;

1. W przypadku wątpliwości związanych z przetwarzaniem danych osobowych każda osoba może zwrócić się do Administratora z prośbą o udzielenie informacji.
2. Niezależnie od powyższego, każdemu przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
3. W ramach przetwarzania przez Administratora danych osobowych w ramach wniosków o świadczenia nie dochodzi do zautomatyzowanego podejmowania decyzji oraz nie dochodzi do profilowania.

Po zapoznaniu z treścią klauzuli informacyjnej oświadczam, że rozumiem i akceptuję jej treść,

……………………………………………………

*(data i własnoręczny podpis studenta)*

*Adnotacje Działu ds. Bytowych Studentów i Doktorantów:*