

CZEŚĆ BIAŁĄ WYPEŁNIA DOKTORANT
CZEŚĆ SZARĄ WYPEŁNIA PRACOWNIK UM
<input type="checkbox"/> właściwe pole zaznaczyć stawiając znak X

Potwierdzenie przyjęcia dokumentów przez DSSS

**Wniosek
do Komisji Stypendialnej o przyznanie stypendium
dla najlepszych doktorantów II, III i IV roku
w semestrze zimowym w roku akademickim 2017/2018**

Nazwisko doktoranta:		Imiona doktoranta:	
Imiona rodziców:		Nr albumu:	
Wydział: <input type="checkbox"/> I Wydział Lekarski z Oddz. Stomatologicznym		<input type="checkbox"/> Wydział Nauk o Zdrowiu	
<input type="checkbox"/> II Wydział Lekarski z Oddz. Anglojęzycznym		<input type="checkbox"/> Wydział Farmaceutyczny z Oddz. Analityki Medycznej	
Rok studiów:	Forma studiów: <input type="checkbox"/> stacjonarne <input type="checkbox"/> niestacjonarne	Tel. kontaktowy:	
		Adres e-mail:	
Adres stałego zamieszkania:			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
kod pocztowy		miejsowość	
ulica, numer domu/mieszkania, województwo			
Adres do korespondencji: <i>(wypełnić, jeżeli jest różny od adresu stałego zamieszkania)</i>			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
kod pocztowy		miejsowość	
ulica, numer domu/mieszkania, województwo			
Proszę o przekazywanie przyznanego świadczenia pieniężnego na konto:			
Nazwa i adres banku			
Nr rachunku doktoranta			
Potwierdzenie wydania / wysłania wezwania do uzupełnienia dokumentacji		data	
		podpis pracownika DSSS	

Wnoszę o przyznanie stypendium dla najlepszych doktorantów.

Kryterium według Załącznika nr 11A		Wynik		Osoba potwierdzająca	Pkt
I.	Średnia ocen		*		
		.....	.....	pieczęć i podpis pracownika dziekanatu	
II.-1	Publikacje doktoranta - łączna punktacja MNiSW				
		.....		pieczęć i podpis Dyrektora Biblioteki	
II.-2	Czynny udział w konferencjach (max 3):	Wystąpienie ustne	Plakat		
	a) międzynarodowe	*	*		
		
b) krajowe	*	*		pieczęć i podpis opiekuna naukowego/promotora	
			

III.	Zaangażowanie w pracę dydaktyczną - samodzielne prowadzenie zajęć	..... godz.	..... godz.	pieczęć i podpis opiekuna naukowego/promotora
	Zaangażowanie w pracę dydaktyczną – udział w pracach Wydziałowej Komisji ds. Programów Studiów i Dydaktyki / Rady Programowej / Wydziałowej Rady Programowej lub/i Uczelnianej Komisji ds. Jakości Kształcenia / Wydziałowej Komisji ds. Jakości Kształcenia	Liczba komisji	Liczba komisji	pieczęć i podpis osoby uprawnionej określonej w Zał. nr 11A
	Liczba komisji	Liczba komisji	pieczęć i podpis osoby uprawnionej określonej w Zał. nr 11A	
*dane zweryfikowane przez członka KS data i czytelny podpis				Suma pkt pieczęć i podpis Przewodniczącego KS

Oświadczenia:

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji zgodnie z art. 233 § 1 k.k. („kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”), odpowiedzialności na podstawie art. 286 § 1 k.k. („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 odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej oświadczam, że:

- podane przeze mnie dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym,
- zapoznałam/em się z zasadami przyznawania pomocy materialnej określonymi w *Regulaminie przyznawania pomocy materialnej dla studentów i doktorantów UM w Lublinie*, w tym okolicznościami, które wykluczają uprawnienia do tej pomocy,
- zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 922, ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny z siedzibą przy Al. Raławickich 1, 20-059 Lublin moich danych osobowych zawartych we wniosku i załącznikach do niego zgromadzonych. Posiadam wiedzę, że podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celu przetwarzania danych. Świadomy/a jestem, że przysługuje mi prawo dostępu do treści danych dotyczących mnie, ich aktualizacji, poprawiania i modyfikacji oraz skorzystania z innych uprawnień wynikających z ww. Ustawy, a także, że dane nie będą przedmiotem sprzedaży ani udostępniania podmiotom zewnętrznym, za wyjątkiem podmiotów i okoliczności ich ujawnienia przewidzianych przepisami prawa.

Ponadto wyrażam zgodę na publikację moich danych osobowych w zakresie numeru albumu i liczby punktów na listach informujących o postępowaniu stypendialnym oraz o wynikach prac komisji stypendialnych.**

** w przypadku braku zgody skreślić

Jednocześnie oświadczam, że:		
- dodatkowo studiuje:	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni oraz rok, wydział i stopień studiów)
- ukończyłem/am studia III stopnia	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni, wydział, datę ukończenia)

Do wniosku załączam następujące dokumenty potwierdzające dane zawarte we wniosku:

1.
2.
3.

.....
miejsce, data

.....
czytelny podpis doktoranta

Ja niżej podpisany/a, świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który przewiduje karę pozbawienia wolności do lat 3, niniejszym oświadczam, że:

pobieram nie pobieram

świadczania pomocy materialnej na innej uczelni lub innym kierunku studiów, a w przypadku uzyskania świadczenia na innej uczelni lub innym kierunku studiów zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania DSSS o tym fakcie.

.....
miejsce, data

.....
czytelny podpis doktoranta