

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

*Załącznik nr 6B
do Regulaminu przyznawania pomocy materialnej
dla studentów i doktorantów UM w Lublinie
w roku akademickim 2017/2018*

Potwierdzenie przyjęcia dokumentów przez DSSS

Wniosek
do Odwoławczej Komisji Stypendialnej dla studentów
o przyznanie stypendium rektora dla najlepszych studentów I roku
w semestrze zimowym w roku akademickim 2017/2018

Liczba punktów:

Nazwisko studenta:		Imiona studenta:		Nr albumu:	
Adres stałego zamieszkania:					
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
kod pocztowy		miejsowość		ulica, numer domu/mieszkania, województwo	
Adres do korespondencji: (wypełnić, jeżeli jest różny od adresu stałego zamieszkania)					
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
kod pocztowy		miejsowość		ulica, numer domu/mieszkania, województwo	
Tel. kontaktowy: Adres e-mail:					
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			
Kierunek studiów:					
Forma studiów:			Rodzaj studiów:		
<input type="checkbox"/> stacjonarne		<input type="checkbox"/> I stopnia			
<input type="checkbox"/> niestacjonarne		<input type="checkbox"/> jednolite magisterskie			
Proszę o przekazywanie przyznanego świadczenia pieniężnego na konto:					
Nazwa i adres banku					
Nr rachunku studenta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wnoszę o przyznanie stypendium rektora. Oświadczam, że zostałem przyjęty na pierwszy rok studiów w roku złożenia egzaminu maturalnego i jestem:

- Laureatem olimpiady międzynarodowej
- Laureatem olimpiady przedmiotowej o zasięgu ogólnopolskim
- Finalistą olimpiady przedmiotowej o zasięgu ogólnopolskim

z przedmiotu: Biologia Chemia Fizyka Ekologia Matematyka

Miejscowość i data olimpiady:

.....

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,
- zapoznałem/am 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 jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 922, ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie 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 podjąłem/am studia:	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie (podać nazwę uczelni oraz kierunek)

miejsowość, data

czytelny podpis studenta

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.

miejsowość, data

czytelny podpis studenta