

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 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 studiuję:	<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)

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