

CZEŚĆ BIAŁĄ WYPEŁNIA STUDENT

CZEŚĆ SZARĄ WYPEŁNIA PRACOWNIK UM

 właściwe pole zaznaczyć stawiając znak X

Potwierdzenie przyjęcia dokumentów przez DSSS

Wniosek
do Wydziałowej Komisji Stypendialnej
o przyznanie stypendium rektora dla studentów
w semestrze zimowym, w roku akademickim 2022/2023

Liczba punktów	I. średnia ocen	II. osiągnięcia naukowe	III. osiągnięcia sportowe	IV. osiągnięcia artystyczne	Łącznie

Nazwisko studenta:		Numer albumu:	
Imiona studenta:		Data urodzenia:	
Kierunek studiów:		Rok studiów w 2022/2023:	
Wydział:	<input type="checkbox"/> Wydział Lekarsko-Dentystyczny <input type="checkbox"/> Wydział Nauk Medycznych <input type="checkbox"/> Wydział Nauk o Zdrowiu <input type="checkbox"/> Wydział Lekarski <input type="checkbox"/> Wydział Biomedyczny <input type="checkbox"/> Wydział Farmaceutyczny		
Forma studiów:	<input type="checkbox"/> stacjonarne <input type="checkbox"/> niestacjonarne		
Rodzaj studiów:	<input type="checkbox"/> I stopnia <input type="checkbox"/> II stopnia <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie		
Adres stałego zamieszkania:			
..... ulica, nr domu / mieszkania:			
kod pocztowy:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Miejscowość:	Województwo:
Adres do korespondencji: (wypełnić, jeżeli jest różny od adresu stałego zamieszkania)			
..... ulica, nr domu / mieszkania:			
kod pocztowy:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Miejscowość:	Województwo:
Telefon kontaktowy:		Adres e-mail:	
Proszę o przekazywanie przyznanego świadczenia pieniężnego na konto:			
Nazwa i adres banku:			
Numer rachunku studenta:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Potwierdzenie wydania / wysłania wezwania do uzupełnienia dokumentacji		data	
		podpis pracownika DSSS	

I. ŚREDNIA OCEN

Średnia ocen wyliczona przez studenta zgodnie z Załącznikiem nr 11 do Regulaminu świadczeń UM w Lublinie	Średnia ocen zweryfikowana przez pracownika dziekanatu ¹	Data, pieczęta i podpis pracownika dziekanatu
PODSTAWOWE KRYTERIUM		
I DODATKOWE KRYTERIUM		
II DODATKOWE KRYTERIUM		
Pieczęć i podpis pracownika DSSS	Liczba punktów	

¹ Pracownicy DSSS dostarczają złożone wnioski do dziekanatu, pracownicy dziekanatu dokonują potwierdzenia średniej i zwracają je do DSSS w terminie określonym w Harmonogramie prac WKS i OKS.

Informuję, że niniejszy wniosek jest wnioskiem kompletnym zawierającym wszystkie wymagane Regulaminem świadczeń osiągnięcia uzyskane przeze mnie w roku akademickim 2021/2022, stanowiące podstawę do ubiegania się o stypendium rektora, a w jego skład wchodzi/wchodzą:

Wykaz osiągnięć: II. naukowych	Wykaz osiągnięć: III. Sportowych lub IV. artystycznych
TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>

.....
miejscowość, data.....
czytelny podpis studenta

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 od 6 miesięcy do lat 8”), 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 przedsięwziętego 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 świadczeń określonymi w *Regulaminie świadczeń UM w Lublinie, w tym okolicznościami, które wykluczają uprawnienia do tej pomocy,*

– zgodnie z przepisami prawa powszechnego, w szczególności Rozporządzenia 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 (tzw. Rozporządzenie Ogólne o Ochronie Danych/RODO) przekazuję swoje dane osobowe w celu i zakresie niezbędnym do przyznania świadczeń przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie z siedzibą przy Al. Raclawickich 1, 20-059 Lublin, o które się ubiegam. Moje dane będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa. Posiadam wiedzę, iż podanie danych osobowych jest dobrowolne aczkolwiek konieczne w celu wnioskowania o przyznanie świadczenia, mam prawo żądania dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz przenoszenia danych, a – w przypadkach przewidzianych prawem - usunięcia danych i sprzeciwu wobec ich przetwarzania, przy czym moje żądanie będzie skuteczne od dnia jego złożenia i nie będzie miało wpływu na legalność przetwarzania danych do dnia żądania usunięcia/sprzeciwu, mam również prawo złożyć skargę do organu nadzorczego. Dane nie będą przedmiotem sprzedaży i udostępniania podmiotom zewnętrznym, za wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa. Dane będą dostępne jedynie w stosunku do osób upoważnionych zobowiązanych do ich ochrony i zabezpieczenia oraz podmiotów, z którymi Uniwersytet zawarł stosowną umowę, np. w związku ze świadczeniem usług w zakresie IT, czy ochrony obiektów. Dane nie będą wykorzystywane w żadnym innym celu poza wskazanymi powyżej, nie będą w oparciu o nie podejmowane jakiegokolwiek decyzje w sposób zautomatyzowany. Dane będą przetwarzane w celu i okresie archiwizacji dokumentacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i procedurami obowiązującymi w Uniwersytecie, a także w celu, zakresie i okresach niezbędnych do dochodzenia ewentualnych roszczeń.

Administrator danych osobowych powołał Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się pod adresem: iod@umlub.pl

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

** *niewłaściwe skreślić*

Jednocześnie oświadczam, że: *(obowiązkowo wypełnić wszystkie wiersze)*

Studia na kierunku, na którym składam niniejszy wniosek rozpocząłem(-ęłam) od (podać datę) i w tym okresie byłem(-am) reaktywowany(-a) * / urlopowany(-a) *:

tak

nie

..... (podać datę reaktywacji / okres urlopu)

- dodatkowo studiuję:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> I stopnia	<input type="checkbox"/> II stopnia	<input type="checkbox"/> jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> doktoranckie
	<input type="checkbox"/> nie (podać nazwę uczelni oraz rok, kierunek, datę rozpoczęcia)			
- ukończyłem(-am) studia:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> I stopnia	<input type="checkbox"/> II stopnia	<input type="checkbox"/> jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> doktoranckie
	<input type="checkbox"/> nie (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia) i posiadam tytuł:			
- studiowałem(-am), ale nie ukończyłem(-am) studiów:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> I stopnia	<input type="checkbox"/> II stopnia	<input type="checkbox"/> jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> doktoranckie
	<input type="checkbox"/> nie (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę rozpoczęcia, datę skreślenia)			

Ja niżej podpisany(-a), świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który przewiduje karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, niniejszym oświadczam, że:

pobieram

nie pobieram

świadczenia 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.

miejsceowość, data

czytelny podpis studenta