

CZEŚĆ BIAŁĄ WYPEŁNIA DOKTORANT

CZEŚĆ SZARĄ WYPEŁNIA PRACOWNIK UM

 właściwe pole zaznaczyć stawiając znak X

Potwierdzenie przyjęcia dokumentów przez DSSS

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

Nazwisko doktoranta:		Imiona doktoranta:	
Imiona rodziców:		Nr albumu:	
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		Tel. kontaktowy: Adres e-mail:	
Adres stałego zamieszkania: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kod pocztowy miejscowość ulica, numer domu/mieszkania, województwo			
Adres do korespondencji: (wypełnić, jeżeli jest różny od adresu stałego zamieszkania) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kod pocztowy miejscowość 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	

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

	3) online międzynarodowe	.....	.....	.....	.....
	online krajowe	.....	.....	.....	.....
III.	Zaangażowanie w pracę dydaktyczną - prowadzenie zajęć ze studentami	1. samodzielne		2. uczestnictwo		pieczęć i podpis opiekuna naukowego/promotora		
		Liczba godz.	* Liczba godz.	Liczba godz.	* Liczba godz.			
		.....	.....	.....	.....		Suma pkt
*dane zweryfikowane przez członka / członków KS								
data i czytelny podpis								

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 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(-em) 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 i liczby punktów na listach informujących o postępowaniu stypendialnym oraz o wynikach prac komisji stypendialnych.

** niewłaściwe skreślić

Jednocześnie oświadczam, że: (obowiązkowo wypełnić wszystkie wiersze)		
- dodatkowo studiuję:	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni oraz rok, wydział i stopień studiów, datę rozpoczęcia)
- ukończyłem(-am) studia III stopnia	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni, wydział, datę ukończenia)
- studiowałem(-am), ale nie ukończyłem(-am) studiów III stopnia:	<input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie	..... (podać nazwę uczelni, wydział, datę rozpoczęcia, datę skreślenia)

Do wniosku załączam następujące dokumenty potwierdzające dane zawarte we wniosku:

1.
2.
3.

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

świadczania 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