

Oświadczenia:

Oświadczam, że w bieżącym roku akademickim:

- otrzymałem(-am) zapomogę z tytułu
- nie otrzymałem(-am) zapomogi

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:

– wszystkie załączone dokumenty oraz dane są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym,

– zapoznałem(-am) się z zasadami przyznawania pomocy materialnej określonymi w *Regulaminie świadczeń UM w Lublinie, w tym okolicznościach, 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 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 składałem niniejszy wniosek rozpocząłem(-ęłam) od (podać datę) i w tym okresie byłem(-byłam) 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)			

Proszę o przekazanie przyznanego świadczenia pieniężnego na moje konto bankowe:

Nazwa i adres banku											
Nr rachunku wnioskodawcy											

Załączniki :

1. 3.
2. 4.

Ja niżej podpisany(-a), świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań za 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.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis studenta/doktoranta*