Załącznik nr 7
do Regulaminu świadczeń UM w Lublinie
w roku akademickim 2019/2020

Potwierdzenie przyjęcia dokumentów przez DSSS

Wniosek

do Wydziałowej Komisji Stypendialnej / Komisji Stypendialnej*

o przyznanie zapomogi w roku akademickim 2019/2020

Nazwisko studenta / doktoranta*:	Imiona studenta / doktoranta*:	Nr albumu:
Telefon:	Adres e-mail:	Data urodzenia:

Adres stałego zamieszkania:

☐☐ - ☐☐☐ ……. ……...

kod pocztowy | miejscowość | ulica, numer domu/mieszkania, województwo

Adres do korespondencji: (***wypełnić, jeżeli jest różny od adresu stałego zamieszkania***)

☐☐ - ☐☐☐ ……. ……...

kod pocztowy | miejscowość | ulica, numer domu/mieszkania, województwo

Wydział:
☐ Wydział Lekarsko - Dentystyczny ☐ Wydział Nauk o Zdrowiu
☐ Wydział Lekarski ☐ Wydział Farmaceutyczny

Kierunek studiów:	Rok studiów:

Forma studiów:	Rodzaj studiów:	
☐ stacjonarne	☐ I stopnia	☐ jednolite magisterskie
☐ niestacjonarne	☐ II stopnia	☐ doktoranckie

* *niepotrzebne skreślić* ☐ *właściwe pole zaznaczyć stawiając znak* X

Proszę o przyznanie zapomogi

Uzasadnienie:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE !

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 przedsiębranego 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 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. Racławickich 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 zawrze 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 jakiekolwiek 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:

- dodatkowo studiuję:	□ tak □ nie	……..……..……..…… (podać nazwę uczelni oraz rok, kierunek)			
- ukończyłem/am studia:	□ tak □ nie	□ I stopnia	□ II stopnia	□ jednolite magisterskie	□ doktoranckie
		……..……..……..…… (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia)			
	□ tak □ nie	□ I stopnia	□ II stopnia	□ jednolite magisterskie	□ doktoranckie
		……..……..……..…… (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, datę ukończenia)			
- studiowałem/am, ale nie ukończyłem/am studiów:	□ tak □ nie	□ I stopnia	□ II stopnia	□ jednolite magisterskie	□ doktoranckie
		……..……..……..…… (podać nazwę uczelni, wydział / kierunek, okres studiowania)			

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 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.

---------- ----------

miejscowość, data czytelny podpis studenta / doktoranta*

DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE !