

- nie pobieram stypendium dla osób niepełnosprawnych na innej uczelni;
- zapoznałam/em się z zasadami przyznawania świadczeń określonymi w Regulaminie świadczeń WSZ oraz z odpowiednimi zarządzeniami do Regulaminu świadczeń dla studentów WSZ, w tym z okolicznościami, które wykluczają uprawnienia do świadczeń;
- zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń;
- wyrażam zgodę na potrącenie nienależnie pobranych świadczeń z otrzymywanych stypendiów;
- zobowiązuję się niezwłocznie złożyć stosowny wniosek do Komisji Stypendialnej w przypadku zmian mających wpływ na prawo do świadczeń,
- złożone przeze mnie oświadczenie dotyczy studiowania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i za granicą,

1. **łączy okres mojego studiowania z uwzględnieniem urlopów (bez względu na pobieranie świadczeń) wynosi semestrów:** przy czym na studiach:**

I stopnia	- liczba semestrów
II stopnia	- liczba semestrów
jednolitych magisterskich	- liczba semestrów

2. **studiowałam/em na studiach i ich nie ukończyłam/em:**

- NIE
 TAK studia: I stopnia II stopnia jednolite magisterskie

_____ (nazwa uczelni)

_____ (kierunek studiów)

_____ (liczba studiowanych semestrów)

3. **ukończyłam/ukończyłem studia:**

- NIE
 TAK studia: I stopnia II stopnia jednolite magisterskie

_____ (nazwa uczelni)

_____ (kierunek studiów)

_____ (liczba studiowanych semestrów)

i posiadam tytuł: _____

4. **złożyłam/em wniosek o stypendium dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku:**

- NIE
 TAK studia: I stopnia II stopnia jednolite magisterskie

_____ (nazwa uczelni)

_____ (kierunek studiów)

W przypadku pobierania świadczeń na innym kierunku studiów lub innej uczelni zobowiązuję się niezwłocznie pisemnie powiadomić o tym fakcie Komisję Stypendialną.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie podanych przeze mnie danych zawartych we wniosku o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych we wszystkich dokumentach stanowiących załącznik do niniejszego wniosku. Świadomy, że udostępnione dane konieczne są do weryfikacji możliwości przyznania świadczenia z funduszu stypendialnego oraz wykorzystywane będą przez Komisję Stypendialną i Odwoławczą Komisję Stypendialną od dnia złożenia kompletnego wniosku do dnia wydania decyzji o przyznaniu, bądź też nie wybranego świadczenia.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie podanych przeze mnie danych we wniosku o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych w celu opracowania zbiorczych zestawień tj. list stypendialnych publikowanych w wersji elektronicznej na stronie wsz.pl oraz w wersji papierowej w gablotach znajdujących się w siedzibie Uczelni, przez okres 30 dni od ich ogłoszenia.

.....
 data i podpis studenta

* właściwe zakreślić

** nie wlicza się aktualnego semestru, na którym student ubiega się o stypendium

Część C – wypełnia Uczelni

Kwota przyznanego stypendium dla osób niepełnosprawnych	
NIE PRYZNANO STYPENDIUM Z POWODU: <input type="checkbox"/>	
..... data i podpis	

PROSZĘ DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE

Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Zdrowia z siedzibą w Gdańsku przy ul. Pelplińskiej 7 (80-335).

Dane osobowe będą przetwarzane w realizacji przedmiotu działalności edukacyjnej WSZ na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), b), c) i lit. f) RODO.