

data złożenia wniosku

podpis przyjmującego wniosek

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM REKTORA
dla studentów przyjętych na I rok studiów
W ROKU AKADEMICKIM 2023/2024

Część A – wypełnia student

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie stypendium

Imię i nazwisko			
PESEL	Numer albumu	Kierunek studiów	
Tryb studiów: <input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> niestacjonarny	Rodzaj studiów: <input type="checkbox"/> pierwszego stopnia <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie	Rok studiów	Semestr
Adres korespondencyjny studenta			telefon
			e-mail:

II. Proszę o przyznanie mi stypendium rektora dla najlepszych studentów na podstawie osiągnięć:

lp.	osiągnięcia	data zaistnienia zdarzenia	miejsce zaistnienia zdarzenia	sposób potwierdzenia
1.	laureat olimpiady międzynarodowej, o których mowa w przepisach o systemie oświaty			
2.	laureat/finalista olimpiady stopnia centralnego, o których mowa w przepisach o systemie oświaty			
3.	medalista współzawodnictwa sportowego o tytuł Mistrza Polski w danym sporcie, o którym mowa w przepisach o sporcie			

* właściwe podkreślić

Część B – wypełnia student

Proszę o dokonanie przelewu świadczeń na rachunek bankowy nr:

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

.....
data i podpis studenta

OŚWIADCZENIE

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji - art. 233 § 1 kk („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”) oświadczam, że:

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.

- podane przeze mnie dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
- przedłożone przeze mnie zaświadczenia dokumentują wszystkie osiągnięcia, które wykazałam/em we wniosku;
- nie pobieram stypendium rektora 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,
- złożyłam/em wniosek o stypendium rektora na innym kierunku lub uczelni:

☐ NIE

☐ TAK _____ (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 rektora 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 rektora 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

Część C – wypełnia Uczelnia

Kwota przyznanego stypendium rektora	
<p>NIE PRYZNANO STYPENDIUM Z POWODU:</p> <p>.....</p> <p>..... data i podpis</p>	

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.