

Data złożenia wniosku.....

/ podpis pracownika /

Wniosek o przyznanie miejsca w Domu Studenta nrna rok akademicki/..... :

Imię i nazwisko studenta.....		Data urodzenia.....
Nr albumu.....Rok studiów	Pesel:	
Wydział Oddział		
Kierunek..... Specjalność.....		
stacjonarne/ niestacjonarne/zaocz./ I°/ II°/ mgr*		
Równoległe studiowany kierunek..... rok.....wydział.....		
Nazwa Uczelni.....		
Ukończony kierunek studiów.....		
Nazwa Uczelni.....		

Adres stałego zamieszkania studenta:

Adres do korespondencji:

.....

.....

(kod, miejscowość, ulica, gmina, województwo, telefon)

(kod, miejscowość, ulica, gmina, województwo, telefon)**

****Pouczenie:**

W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej (w tym przypadku Gdański Uniwersytet Medyczny) o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego.

W razie zaniedbania powyższego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym:

Stopień pokrewieństwa	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Miejsce zatrudnienia, miejsce kształcenia (szkoła, rok nauki), inne źródła utrzymania
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Na 1 członka rodziny dochód netto wynosi miesięcznie:.....

OŚWIADCZENIE

Upředzony/a/ o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 kk, zgodnie z którym „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 o odpowiedzialności dyscyplinarnej z art. 307 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r., poz 1668) zgodnie z którym "Student podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie przepisów obowiązujących w uczelni oraz za czyn uchybiający godności studenta"

oświadczam, że przedstawione przeze mnie w oświadczeniu informacje są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Gdański Uniwersytet Medyczny z siedzibą w Gdańsku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3A obejmujących imię i nazwisko, PESEL, płeć, wiek, adres zamieszkania, stan zdrowia, numer telefonu, adres e-mail w celu realizacji zadań uczelni związanych z przyznawaniem i wypłacaniem zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych. Podanie danych i wyrażenie zgody jest dobrowolne. Przyjmuję do wiadomości, że zgoda może być odwołana w każdym momencie poprzez złożenie oświadczenia woli w tym zakresie u Inspektora Danych Osobowych (wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem wykorzystanie danych przed cofnięciem takiej zgody).

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gdański Uniwersytet Medyczny z siedzibą w Gdańsku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3a
2. kontakt do Inspektora Ochrony Danych adres email iod@gumed.edu.pl
3. Pani/Pana dane osobowe:
 - a. przetwarzane będą w celu realizacji procesu nauczania w na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
 - b. nie będą ujawniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa,
 - c. przechowywane będą przez okres 5 lat od ukończenia studiów,
4. Posiada Pani/Pan prawo:
 - a. dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania i prawo do przenoszenia danych,
 - b. wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
5. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w zakresie danych określonych w §4 Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 16 września 2016 r. w sprawie dokumentacji przebiegu studiów, a w pozostałym zakresie dobrowolne, ale niezbędne do realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym dotyczących przyznawania studentom pomocy materialnej

Oświadczam, iż zapoznałam/tem się z Regulaminem Pomocy Materialnej GUMed stanowiącym załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 54/2018 Rektora GUMed z dnia 26.09.2018 r

*niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis studenta

I. WYPEŁNIA PRACOWNIK DZIAŁU :

OBLICZENIE DOCHODU

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Razem:.....

Dochód na 1 członka:.....

Sporządził:

II. ROZSTRZYGNĘCIE:

Data

Przyznano miejsce w domu studenta nr od

Nie przyznano miejsca w domu studenta* od

.....
.....
.....
.....

/ podpisy członków Komisji /

.....
/ podpis i pieczętka osoby uprawnionej /

*niepotrzebne skreślić