

Data złożenia wniosku.....  
/ podpis pracownika /**Wniosek o zakwaterowanie w Domu Studenta Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w roku akademickim ...../.....**

imię i nazwisko studenta	data urodzenia	
PESEL	telefon komórkowy, adres e-mail	
adres zamieszkania (ulica, numer budynku, mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)	adres do korespondencji (ulica, numer budynku, mieszkania, kod pocztowy, miejscowość) <sup>1</sup>	
numer albumu	Wydział	
Kierunek	oddział	
Specjalność	poziom studia pierwszego stopnia / studia drugiego stopnia / jednolite studia magisterskie*	
forma stacjonarne / niestacjonarne*	rok studiów	rok rozpoczęcia studiów

Wnoszę o przyznanie mi zakwaterowania w Domu Studenta Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego numer .....

## Uzasadnienie

Wniosek niniejszy jest uzasadniony z następujących przyczyn:

- codzienny dojazd do uczelni uniemożliwiłby lub w znacznym stopniu utrudniałby mi studiowanie;
- znajduję się w trudnej sytuacji materialnej - że średni dochód miesięczny na jednego członka mojej rodziny, ustalony na podstawie

Regulaminu świadczeń dla studentów GUMed wynosi .....(słownie: .....) )

- jestem w szczególnej sytuacji, ponieważ jestem sierotą, niepełnosprawny, samotnie wychowuję dziecko, inne .....
- chcę kontynuować zakwaterowanie w domu studenckim, \*
- .....

## OŚWIADCZENIE

Uprowadzony/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 niniejszym wniosku oraz załącznikach informacje są **kompletne i zgodne ze stanem faktycznym**;
- zapoznałem się z obowiązującym **Regulaminem świadczeń dla studentów GUMed**;
- jestem świadomy, że 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;
- wyrażam **zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** zawartych we wniosku i załącznikach przez Gdański Uniwersytet Medyczny z siedzibą w Gdańsku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3A obejmujących imię i nazwisko, PESEL, płeć, wiek, adres zamieszkania i korespondencji, 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).
- zapoznałem się z treścią poniższej **klausuli informacyjnej**:  
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:
  - administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gdański Uniwersytet Medyczny z siedzibą w Gdańsku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3a
  - kontakt do Inspektora Ochrony Danych adres email iod@gumed.edu.pl
  - Pani/Pana dane osobowe:
    - 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.,
    - nie będą ujawniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa,
    - przechowywane będą przez okres 5 lat od ukończenia studiów,
  - Posiada Pani/Pan prawo:
    - dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania i prawo do przenoszenia danych,
    - 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 dobrowolne, ale niezbędne do realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce dotyczących przyznawania studentom pomocy materialnej.

*\*niepotrzebne skreślić*

Załączniki:

1. ...
2. ...
3. ...

.....  
data i podpis wnioskodawcy

**Informacja o rozstrzygnięciu.**

1. Przyznano miejsce w Domu Studenta GUMed nr ..... na okres .....
2. Nie przyznano miejsca w Domu Studenta GUMed nr ..... na okres: .....

.....  
data i podpis pracownika

3. Informacje o zmianie rozstrzygnięcia: .....
- .....

.....  
data i podpis pracownika

*W wypadku, gdy poszczególne elementy formularza nie zmieściły się w odpowiednich miejscach, ciąg dalszy zamieszcza się na kolejnych, ponumerowanych kartach formatu A4, ze wskazaniem uzupełnianego miejsca. Pod dodaną do formularza treścią należy złożyć podpis.*