

Gdańsk, dnia
 (data przyjęcia wniosku i podpis pracownika przyjmującego)

WNIOSEK o przyznanie stypendium Rektora GUMed na rok akademicki/.....

Dane osobowe studenta	Imię i nazwisko		*
	Data urodzenia		
	PESEL		
	tel. kom.		
	e-mail		
	Adres zamieszkania: (ulica; numer budynku, mieszkania; kod pocztowy; miejscowość)		
	Adres do korespondencji: (ulica; numer budynku, mieszkania; kod pocztowy; miejscowość)		
Dane dotyczące statusu studenta	Nr albumu		
	Wydział		
	Kierunek		
	Oddział		
	Specjalność		
	Poziom*	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	
	Forma *	<input type="checkbox"/> studia stacjonarne <input type="checkbox"/> studia niestacjonarne	
	Rok studiów		
	Rok akademicki rozpoczęcia studiów		

1. OSIĄGNIĘCIA DYDAKTYCZNE

Średnia ocen	Zaliczenie w terminie	Wpis na kolejny rok	Potwierdzenie Dziekanatu	Punkty ¹
.....	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE*	

2. OSIĄGNIĘCIA NAUKOWE

Tytuł publikacji	Data i miejsce wydania	ISSN/ ISBN/ ISAN	I autor / zespołowa (% udziału)**	Potwierdzenie opiekuna pracy / Opiekuna SKN	Punkty ¹
.....
.....
.....
Inne osiągnięcia naukowe - czynny udział w konferencji, zjeździe i innych spotkaniach naukowych :			Potwierdzenie Opiekuna lub Przewodniczącego SKN:		Punkty ¹
.....		
.....		
.....		

3. OSIĄGNIĘCIA SPORTOWE

Zajęte miejsce	Data i miejsce zawodów	Nazwa i ranga zawodów	Indyw. / Zespół.	Potwierdzenie SWF GUMed	Punkty ¹
.....
.....
.....
.....

4. OSIĄGNIĘCIA ARTYSTYCZNE

Zajęte miejsce	Data i miejsce	Nazwa i ranga konkurencji	Indyw. / Zespół.	Potwierdzenie	Punkty ¹
.....
Inne osiągnięcia artystyczne (dzieło art. książkowe - wydane, wystawa, nagranie - wydane):			Wydawnictwo / Wytwórnia / Wystawa		Punkty ¹
.....		
.....		
.....		

SUMA PUNKTÓW WSZYSTKICH OSIĄGNIĘĆ¹
--	-------

Proszę o wypłacanie świadczeń na **rachunek w banku**
o numerze

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 z późn. zm) 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**;
- jestem absolwentem/ką kierunku studiów: nie tak (w przypadku odpowiedzi pozytywnej wypełnij poniższą tabelę)

absolwent	nazwa uczelni	kierunek	rok rozpoczęcia (dzień/miesiąc/rok)	rok ukończenia (dzień/miesiąc/rok)
studiów I stopnia				
studiów II stopnia				
studiów jednolitych mgr lub równorzędnych				

- jestem/ byłem/am studentem/ką innego kierunku studiów, w tym na innej uczelni: nie tak (w przypadku odpowiedzi pozytywnej wypełnij poniższą tabelę)

nazwa uczelni	kierunek	data rozpoczęcia studiowania(dzień/miesiąc/rok)	data zakończenia studiowania(dzień/miesiąc/rok)

- powiadomię GUMed w przypadku uzyskania świadczenia na innym kierunku studiów na GUMed lub w innej szkole wyższej

5. zapoznałem się z obowiązującym **Regulaminem świadczeń dla studentów GUMed**;

6. 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;

7. wyrażam **zgode na przetwarzanie moich danych osobowych** zawartych w niniejszym 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).

8. zapoznałem się z treścią poniższej **klauzuli 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:

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 dobrowolne, ale niezbędne do realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce dotyczących przyznawania studentom pomocy materialnej.

*wybrać właściwe

** w przypadku publikacji zespołowej wpisać % udziału studenta w pracy

¹ wypełnia pracownik GUMed

Załączniki:

1.
2.
3.
4.

.....
data i podpis wnioskodawcy

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.

Informacja o rozstrzygnięciu :

1. Przyznano stypendium Rektora GUMed w wysokości zł na okres od do

2. Nie przyznano stypendium Rektora GUMed:

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

Gdańsk, dnia.....

.....
podpis pracownika

1. Informacja o zmianie rozstrzygnięcia

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

Gdańsk, dnia.....

.....
podpis pracownika