

Wniosek o przyznanie zapomogi w roku akademickim 20...../20.....

Rektor WSZUiE

↑ Imię i nazwisko

Nr albumu:

↑ Kierunek studiów

Forma studiów	stacjonarne	<input type="checkbox"/>	Rok studiów
	niestacjonarne	<input type="checkbox"/>	
Stopień studiów	I stopień	<input type="checkbox"/>	
	II stopień	<input type="checkbox"/>	

↑ Adres e-mail

(-) - -

- -

↑ Stacjonarny telefon kontaktowy

↑ Komórkowy telefon kontaktowy

Adres stałego zamieszkania:

Adres do korespondencji: (wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż zamieszkania)

ul.

ul.

-

-

↓ **Wniosek studenta**

Proszę o przyznanie mi jednorazowej zapomogi z powodu (w razie potrzeby proszę kontynuować na następnej stronie):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Do podania dołączam następujące załączniki:

1.
2.
3.

.....
podpis studenta

Proszę o dokonywanie przelewu kwoty przyznanego stypendium na konto, którego jestem właścicielem/współwłaścicielem (jeśli nie uległ zmianie proszę wpisać: bez zmian):

nr konta

.....
podpis studenta

↓ **Oświadczenie**

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 §1 Kodeksu Karnego – „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 r. ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r., poz. 1668, z późn. zm.), oświadczam, że informacje zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym oraz, że zapoznałem/am się:

1. z treścią art. 93 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668 z późn. zm) w/w ustawy ²⁾ i oświadczam, że:
 - nie posiadam tytułu zawodowego magistra, magistra inżyniera lub równorzędnego
 - nie posiadam tytułu zawodowego licencjata, inżyniera lub równorzędnego (dotyczy studentów studiów pierwszego stopnia)
 - dotychczas odbywałem studia przez okres lat (liczy się każdy rozpoczęty semestr, w którym student odbywał studia, wlicza się w to również te semestry studiów, których student nie ukończył ponieważ został skreślony z listy studentów)

Poznań, dnia

.....
podpis studenta

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH
na potrzeby przyznania świadczeń

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (...) („**Rozporządzenie Ogólne**”) Wyższa Szkoła Zdrowia Urody i Edukacji w Poznaniu informuje, że:

- I. **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Wyższa Szkoła Zdrowia Urody i Edukacji w Poznaniu, ul. Brzeźnicka 3, 60-133 Poznań
- II. W Wyższej Szkole Zdrowia Urody i Edukacji w Poznaniu został powołany **Inspektor Ochrony Danych**, adres e-mail: iod@wszuie.pl
- III. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznania, wypłaty oraz rozliczenia świadczeń stypendialnych o których mowa w art. 86 ustawy z dnia 20 lipca 2019 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce a następnie w celach archiwalnych.
- IV. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych jest Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (system POL-on).
- V. Dostęp do Pani/Pana danych posiadają upoważnieni przez administratora pracownicy i współpracownicy, którzy muszą mieć dostęp do danych, aby wykonywać swoje obowiązki.
- VI. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.
- VII. Posiada Pani/Pan prawo do: dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania i ograniczenia przetwarzania.
- VIII. Prawo do przenoszenia Pani/Pana danych realizowane jest tylko przeniesienia z uczelni macierzystej na inną uczelnię.
- IX. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia Ogólnego.

Potwierdzam, że zapoznałem(am) się z powyższymi informacjami i przyjmuję je do wiadomości.

Niniejszym oświadczam, iż wypełniłam/em obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałam/em i zawarłam/em w oświadczeniu o dochodach do celu ubiegania się o świadczenia

Poznań,
data, czytelny podpis