Załącznik nr 5

WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH w roku akademickim 2022/2023

Wypełnia student (czytelnie drukowanymi literami)

Imię i nazwisko	**Uczelniana Komisja Stypendialna Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości z siedzibą w Wałbrzychu**
PESEL / Numer albumu	
Rodzaj studiów*): I stopnia, II stopnia, jednolite magisterskie / Rok studiów*): 1 2 3 4 5	
Kierunek studiów	
Adres zameldowania na pobyt stały	
Adres do korespondencji	..... Data złożenia wniosku / ..... Podpis pracownika przyjmującego wniosek
Telefon / e-mail	

Proszę o dokonanie przelewu świadczeń na mój rachunek bankowy numer:

Proszę o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych

na podstawie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (właściwe zaznaczyć)**:**

❑	znacznym	Orzeczenie zachowuje ważność do dnia ……
❑	umiarkowanym	
❑	lekkim	

Niepełnosprawność istnieje od: ……..

Ustalony stopień niepełnosprawności datuje się od: …….

*) właściwe zaznaczyć

OŚWIADCZENIA

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 kk - **„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 m-cy do lat 8”** - oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej za podawanie nieprawdziwych danych i obowiązku zwrotu nieprawnie pobranej pomocy materialnej, **oświadczam**, że:

1. Zapoznałem/am się z obowiązującym na dzień składania wniosku „Regulaminem ustalania wysokości, przyznawania i wypłacania świadczeń dla studentów Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości z siedzibą w Wałbrzychu”.
2. Wniosek wraz z załącznikami stanowi **komplet dokumentacji** niezbędnej przy ubieganiu się o wnioskowane świadczenie, a dane w nich zawarte są zgodne ze stanem faktycznym wg stanu na dzień składania wniosku.
3. Zapoznałem/am się z treścią art. 93 ust. 1 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oświadczam, że nie będę pobierał/a świadczeń pomocy materialnej na innej uczelni niż WSZiP z siedzibą w Wałbrzychu.
4. Zapoznałem/am się z treścią art. 93 ust. 2 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, i **oświadczam, że do dnia złożenia niniejszego wniosku ukończyłem/am studia:**

   ❑ **TAK** ❑ **NIE**

   a. I stopnia, na kierunku …… w uczelni ……..…… dnia (data obrony) ……,

   b. II stopnia, na kierunku …… w uczelni ……..……dnia (data obrony) ……..…,

   c. jednolite magisterskie, na kierunku…… w uczelni ……dnia (data obrony) ……,

5. Studiuję równocześnie inny kierunek:

   ❑ **TAK** wpisać uczelnię, kierunek, rok, stopień) …….

   ❑ **NIE**

6. Po ukończeniu studiów I stopnia studiowałem/am, ale nie ukończyłem/am studiów:

   ☐ **II stopnia** ☐ **jednolitych magisterskich**

   ❑ **TAK** przez ile lat pobierałem/am pomoc materilaną …… (Student, który po ukończeniu studiów I stopnia podjął ww.studia i ich nie ukończył zobowiazany jest do przedstawienia zaświadczenia o wszystkich formach i okresie otrzymanej pomocy materialnej)

   ❑ **NIE**

7. W przypadku ukończenia innego kierunku studiów w trakcie roku akademickiego, w którym będę pobierał/a wnioskowane świadczenie pomocy materialnej **zobowiązuję się do poinformowania uczelni** o tym fakcie **w terminie 7 dni od daty ukończenia studiów**.
8. **Jestem** kandydatem na żołnierza zawodowego/żołnierzem zawodowym/funkcjonariuszem służb państwowych w służbie kandydackiej/ funkcjonariuszem służb państwowych:

   ❑ **TAK** ❑ **NIE**

9. **Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić** komisję stypendialną o okolicznościach mających wpływ na ustalenie prawa do świadczeń lub jego wysokości, zaistniałych po dniu złożenia wniosku.

Miejscowość……..……, dnia……...…… **podpis studenta ……..……**

- 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) informuje się, iż: 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości z siedzibą w Wałbrzychu, ul. Wrocławska 10, 58-309 Wałbrzych, 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod@wwszip.pl, 3) dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczeń zgodnie z: - Ustawą z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, - Regulaminem ustalania wysokości, przyznawania i wypłacania świadczeń dla studentów Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości z siedzibą w Wałbrzychu, - Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,- ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018, poz. 1000) 4) dane osobowe przechowywane będą w czasie zgodnym z przepisami w/w Ustaw, 5) każdy posiada prawo do dostępu do danych osobowych, ich prostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub odwołania uprzednio udzielonej zgody,6) student ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, 7) podanie danych osobowych jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa.

Data……...…… **podpis studenta ……..……**