

Nr sprawy: \_\_\_\_\_

**WNIOSEK**  
**O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**  
 W ROKU AKADEMICKIM ...../.....

Wniosek złożony dn \_\_\_\_\_

**I: DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY***wypełnia wnioskodawca*

Nazwisko i imię: \_\_\_\_\_

Pesel: Nr albumu: 

Adres do korespondencji: \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_ adres e-mail: \_\_\_\_\_

Proszę o przekazanie przyznanych świadczeń pieniężnych na konto:

Nr rachunku: **II: DANE DOTYCZĄCE STUDIÓW***wypełnia wnioskodawca*

Instytut: \_\_\_\_\_

Kierunek: \_\_\_\_\_

Rok studiów: \_\_\_\_\_

 Studia: stacjonarne      niestacjonarne  
 pierwszego stopnia (licencjackie, inżynierskie)    drugiego stopnia (magisterskie)
**III: INFORMACJA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI STUDENTA***wypełnia wnioskodawca*

Stopień niepełnosprawności:	Stopień lekki	Orzeczenie ważne do:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Stopień umiarkowany		ORZECZENIE BEZTERMINOWE <input type="checkbox"/>		
	Stopień znaczny				

**IV: OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY O ŚWIADCZENIA POMOCY MATERIALNEJ W ROKU AKADEMICKIM 201...../201.....***wypełnia wnioskodawca*

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia;

**Oświadczam, że:**

- pobieram stypendium dla osób niepełnosprawnych na innej uczelni lub innym kierunku studiów\*:

TAK

\_\_\_\_\_ (nazwa uczelni)

\_\_\_\_\_ (kierunek studiów)

\_\_\_\_\_ (stopień studiów)

NIE

- studiuje dodatkowo\*:

TAK

\_\_\_\_\_ (nazwa uczelni)

\_\_\_\_\_ (kierunek studiów)

\_\_\_\_\_ (stopień studiów)

\_\_\_\_\_ (rok studiów)

NIE

- odbyłam/em już studia\*:

TAK

\_\_\_\_\_ (nazwa uczelni)

\_\_\_\_\_ (kierunek studiów)

\_\_\_\_\_ (stopień studiów)

\_\_\_\_\_ (data ukończenia studiów)

 \_\_\_\_\_  
 (\* łączny okres studiowania) \* dotyczy osób, które podejmowały studia

NIE

- jestem kandydatem na żołnierza zawodowego lub żołnierzem zawodowym, który podjął studia na podstawie skierowania przez właściwy organ wojskowy lub otrzymał pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych\*;  
TAK NIE
- jestem funkcjonariuszem służb państwowych w służbie kandydackiej albo funkcjonariuszem służb państwowych, który podjął studia na podstawie skierowania lub zgody właściwego przełożonego i otrzymał pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie\*;  
TAK NIE
- podane przeze mnie dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym\*;  
TAK NIE
- zapoznałem/em się z obowiązującym *Regulaminem ustalania wysokości, przyznawania i wypłacania świadczeń dla studentów PWSZ w Wałczu*;  
TAK NIE
- zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń i wyrażam zgodę na potrącenie nienależnie pobranych świadczeń z otrzymywanych stypendiów\*;  
TAK NIE
- w przypadku zmian mających wpływ na prawo do świadczeń zobowiązuję się powiadomić o tych zmianach KS terminie 7 dni od ich zaistnienia\*;  
TAK NIE
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych osobowych Państwową Wyższą Szkołę Zawodową w Wałczu, ul. Bydgoska 50, 78-600 Wałcz do celów stypendialnych. Podaję dane dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.  
TAK NIE

\* **zakreśl właściwe w wyżej wymienionych punktach****V: DOKUMENTACJA DO WNIOSKU** (tylko w języku polskim)

wypełnia wnioskodawca

Lista załączników:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data\_\_\_\_\_  
czytelny podpis studenta**VI: WYPEŁNIA PRACOWNIK**

UWAGI:

\_\_\_\_\_  
data, podpis i pieczęć pracownika**VII: DECYZJA KOMISJI STYPENDIALNEJ****STYPENDIUM SPECJALNE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

KWOTA PRYZNANEGO STYPENDIUM

STYPENDIUM PRYZNANE NA OKRES

\_\_\_\_\_  
data, podpis i pieczęć członka KS**VIII: DECYZJA ODWOŁAWCZEJ KOMISJI STYPENDIALNEJ**\_\_\_\_\_  
data, podpis i pieczęć członka OKS

.....  
 (imię i nazwisko studenta)

.....  
 (nr. albumu )

## KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO), (Dz. U.UE L 119, z 4.5.2016, s. 1) Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Wałczu informuje, że:

- 1) Od osoby wymienionej w nagłówku oświadczenia, uzyskaliśmy następujące dane osobowe: imię, nazwisko, datę urodzenia, miejsce pracy lub nauki, adres zamieszkania, nr PESEL, informacje o niepełnosprawności;
- 2) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Rektor Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Wałczu;
- 3) W Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Wałczu funkcjonuje Inspektor Ochrony Danych, nadzorujący prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: iod@pwsz.eu lub pod adresem Inspektor Ochrony Danych ul. Wojska Polskiego 99, 78-600 Wałcz.
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych będą członkowie Komisji Stypendialnych oraz pracownicy Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Wałczu biorący udział w obsłudze administracyjnej związanej z procedurą przyznawania świadczeń oraz Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (system POL-on);
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia procesu przyznawania stypendium socjalnego (lub zwiększonego stypendium socjalnego w każdym szczególnie uzasadnionym przypadku ), na podstawie wyrażonej zgody oraz zgodnie z ustawą z dnia 20 lipca 2018 r. –Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r., poz. 1668);
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane jedynie przez okres trwania studiów i/lub w celach archiwalnych zgodnie z właściwymi przepisami prawa;
- 7) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych, w tym wszelkich danych dotyczących Pani/Pana sytuacji materialnej i osobistej oraz informacji o niepełnosprawności, jest dobrowolne, jednak ich przetwarzanie jest koniecznym warunkiem przeprowadzenia postępowania o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych;
- 8) Posiada Pani/Pan prawo do: dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, a także prawo do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania –w przypadkach i na warunkach określonych w RODO;
- 9) Posiada Pani/Pan również prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie i przekazywanie danych do wskazanych wyżej instytucji w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania i przekazania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofanie zgody na przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych można przesłać e-mailem na adres: , pocztą tradycyjną na adres: lub wycofać osobiście stawiając się w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Wałczu przy ul. Wojska Polskiego 99, budynek 4, pok. 114;
- 10) Przysługuje Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 11) Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

***Potwierdzam, że zapoznałem(-am) się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje***

.....  
 (miejsowość, data i czytelny podpis studenta)