

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM REKTORA dla studentów I roku
w roku akademickim..... /

Imię i nazwisko:		
Miejsce stałego zamieszkania - (kod pocztowy, miejscowość, woj, powiat, ulica, nr domu, nr lokalu).		
Adres do korespondencji - (kod pocztowy, miejscowość, woj, powiat, ulica, nr domu, nr lokalu).		
nr telefonu:	Adres e-mail:	
Wydział:		
kierunek studiów:		
Forma studiów:	Nr albumu	Rok studiów
☐ - jednolite studia magisterskie		
☐ - studia I-stopnia		

Rodzaj osiągnięć naukowych i/lub sportowych

Laureat olimpiady międzynarodowej albo laureat lub finalista olimpiady stopnia centralnego, o których mowa w przepisach o systemie oświaty			
Lp.	Nazwa olimpiady	Data i miejscowość	Zajęte miejsce
1.			
2.			
3.			

Medalista co najmniej współzawodnictwa sportowego o tytuł Mistrza Polski w danym sporcie, o którym mowa w przepisach o sporcie		
Nazwa zawodów sportowych	Data i miejscowość	Zajęte miejsce

Oświadczenie studenta:

Świadoma/y odpowiedzialności karnej z art. 233 kk, cywilnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam że:

-wszystkie podane przeze mnie we wniosku informacje i załączone dokumenty są prawdziwe,

=zapoznałam/em się z zasadami przyznawania świadczeń dla studentów w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach, zobowiązuje się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.

-Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku.

(data i podpis studenta)

Do wniosku załączam następujące dokumenty potwierdzające osiągnięcia naukowe i/ lub sportowe:

Lp.	Dokumenty potwierdzające osiągnięcia naukowe i/lub sportowe	Wypełnia pracownik Uczelni	
		złożono	brak
1.		☐	☐
2.		☐	☐
3.		☐	☐
4.		☐	☐

Wypełnia Uczelniana Komisja Stypendialna/upoważniony pracownik Uczelni

Rodzaj osiągnięć	Stypendium przysługuje
Osiągnięcia naukowe	
Osiągnięcia sportowe	

Katowice, dnia.....

.....
data, podpis i pieczęćka

OŚWIADCZENIE
DOTYCZĄCE WYPŁACANIA ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU STYPENDIUM REKTORA DLA STUDENTÓW

Imię i nazwisko	
Adres	

Przyznane świadczenia proszę przekazywać na niżej podane konto bankowe:

Numer konta

[illegible]

Oświadczenie studenta:

Oświadczam, iż wszystkie podane informacje są prawdziwe oraz wyrażam zgodę na gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów stypendialnych. Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem przyznawania świadczeń obowiązującym w Śląskim Uniwersytecie Medycznym.

.....dnia.....

.....
(podpis Wnioskodawcy)