

Data złożenia wniosku (pieczętka i podpis pracownika Uczelni)

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM REKTORA

w roku akademickim..... /

Imię i nazwisko:

Miejsce stałego zamieszkania - (kod pocztowy, miejscowość, województwo, powiat, ulica, nr domu, nr lokalu).

Adres do korespondencji - (kod pocztowy, miejscowość, województwo, powiat, ulica, nr domu, nr lokalu).

nr telefonu:

Adres e-mail w domenie SUM:

Wydział:

☐ Wydział Nauk Medycznych w Zabrze*

☐ Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu*

☐ Wydział Nauk Medycznych w Katowicach*

☐ Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach*

☐ Wydział Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu*

*zaznacz właściwe

kierunek studiów:

Forma studiów:

☐ stacjonarne☐ niestacjonarne

Nr albumu

Rok studiów

☐ - jednolite studia magisterskie

☐ - studia I-stopnia

☐ - studia II-stopnia

Średnia ocen oraz rodzaj osiągnięć naukowych, sportowych i artystycznych

Uwaga! student nie wypełnia rubryk "Liczba punktów" i "Średnia ocen"

Średnia ocen		
Średnia ocen z poprzedniego roku akademickiego		Liczba punktów
.....		
	data, podpis i pieczętka pracownika Dziekanatu	

Osiągnięcia naukowe potwierdzone przez Opiekuna Koła Naukowego

Publikacje w czasopismach posiadających Impact Factor

	Tytuł publikacji	Źródło	Rok	miesiąc	Tom, nr strony	Liczba punktów
1.						
2						
3.						
4.						
5.						

Publikacje w czasopismach naukowych polskich i zagranicznych

	Tytuł publikacji	Źródło	Rok	miesiąc	Tom, nr strony	Liczba punktów
1.						
2						

3.							
4.							
5.							
Udział w konferencjach naukowych							
	Nazwa konferencji	przez STN	Inne	Data i miejscowość	Tytuł referatu lub prezentacji	Rodzaj otrzymanej nagrody	Liczba punktów
1.		☐	☐				
2		☐	☐				
3.		☐	☐				
4.		☐	☐				
5.		☐	☐				
łączna suma punktów:							
Potwierdzenie Opiekuna Koła Naukowego / Opiekunów Kół Naukowych		 data, podpis i pieczętka					

Osiągnięcia sportowe potwierdzone przez Prezesa Klubu AZS				
Lp.	Nazwa zawodów sportowych	Data i miejscowość	Zajęte miejsce	Liczba punktów
1.				
2.				
3.				
4.				
5				
Suma punktów:				
Potwierdzenie Prezesa Klubu AZS		 data, podpis i pieczętka		

Osiągnięcia artystyczne potwierdzone przez Kierownika Centrum Dydaktyki				
	Nazwa konkursu	Data i miejscowość	Rodzaj nagrody	Liczba punktów
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Suma punktów:				
Potwierdzenie osiągnięć indywidualnych		Potwierdzenie osiągnięć grupowych		
..... data, podpis i pieczętka pracownika Dziekanatu/pracownika Sekcji Rekrutacji i Świadczeń		 data, podpis i pieczętka pracownika Dziekanatu/pracownika Sekcji Rekrutacji i Świadczeń		

Inne osiągnięcia				
Lp.	Nazwa konkursu	Data i miejscowość	Zajęte miejsce	Liczba punktów
1.	Konkurs naukowy Scapula Aurea			
2.	Konkurs naukowy Superhelisa			
3.	Konkurs naukowy Wielka Synapsa			
4.	Międzyuczelniane zawody w symulacji medycznej			
5.	Zawody Uczelni Medycznych w ratownictwie medycznym			
6.	Mistrzostwa w ratownictwie medycznym (międzynarodowe, ogólnopolskie, Śląska)			
Suma punktów:				
Potwierdzenie kierownika Katedry		 data, podpis i pieczętka		

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, zobowiązuję 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, sportowe lub artystyczne:

Lp.	Dokumenty potwierdzające osiągnięcia naukowe sportowe lub artystyczne	Wypełnia pracownik Uczelni	
		złożono	brak
1.		☐	☐
2.		☐	☐
3.		☐	☐
4.		☐	☐
5.		☐	☐
6.		☐	☐
7.		☐	☐

Wypełnia Uczelniana Komisja Stypendialna/upoważniony pracownik Uczelni

Rodzaj osiągnięć	Liczba punktów
Średnia ocen	
Osiągnięcia naukowe	
Osiągnięcia sportowe	
Osiągnięcia artystyczne	
Inne osiągnięcia	
Liczba punktów ogółem	

Katowice, dnia.....
.....
data, podpis i pieczętka

OŚWIADCZENIE
DOTYCZĄCE WYPŁACANIA ŚWIADCZEŃ Z TYTYUŁU STYPENDIUM REKTORA DLA STUDENTÓW

Imię i nazwisko	
Adres	

Przyznane świadczenia proszę przekazywać na niżej podane konto bankowe:

Numer konta

		-									-					-					-								
Nazwa banku																													

Oświadczanie 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)