

Data złożenia wniosku (pieczęć i podpis pracownika Uczelni)

**WNIOSK O PRYZNANIE ZAPOMOGI
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			
☐ - studia doktoranckie			

Wnioskuję o przyznanie

☐ - zapomogi

Przyczyna wystąpienia przejściowej trudnej sytuacji życiowej

- ☐ - śmierć członka rodziny
☐ - ciężka choroba w rodzinie
☐ - klęska żywiołowa
☐ - inne:

Data wystąpienia zdarzenia:

Uzasadnienie: _____

(nazwa i adres banku)

Do wniosku załączam dokumenty potwierdzające wystąpienie zdarzenia:

Oświadczanie studenta:

- wszystkie podane przeze mnie we wniosku informacje i załączone dokumenty są prawdziwe,
- zapoznałem się z zasadami przyznawania świadczeń dla studentów w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach.
- 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)

Wypełnia Uczelnia

☐ Nie przyznano świadczeń z powodu: _____

(pieczęć i podpis upoważnionego pracownika Uczelni/członka Komisji stypendialnej)

Zmiana decyzji: _____

(pieczęć i podpis upoważnionego pracownika Uczelni/członka Komisji stypendialnej)