

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM REKTORA dla studentów I roku

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: <input type="checkbox"/> Wydział Nauk Medycznych w Zabrze* <input type="checkbox"/> Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu* <input type="checkbox"/> Wydział Nauk Medycznych w Katowicach* <input type="checkbox"/> Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach* <input type="checkbox"/> Wydział Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu* <input type="checkbox"/> Filia w Bielsku - Białej*	
*zaznacz właściwe	
kierunek studiów (nazwa):	
Forma studiów:	Nr albumu
<input type="checkbox"/> stacjonarne <input type="checkbox"/> niestacjonarne	
<input type="checkbox"/> - jednolite studia magisterskie	
<input type="checkbox"/> - 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, 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 i/ lub sportowe:

Lp.	Dokumenty potwierdzające osiągnięcia naukowe i/lub sportowe	Wypełnia pracownik Uczelni	
		złożono	brak
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OŚWIADCZENIE
DOTYCZĄCE WYPŁACANIA ŚWIADCZEŃ Z TYTYUŁU STYPENDIUM REKTORA DLA STUDENTÓW**

Przynane świadczenia proszę przekazywać na niżej podane konto bankowe:

Numer konta

- - - - -																																	
Nazwa banku																																	

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.....

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Wypełnia Uczelniana Komisja Stypendialna/upoważniony pracownik Uczelni

Rodzaj osiągnięć	Stypendium przysługuje
Osiągnięcia naukowe	
Osiągnięcia sportowe	

Katowice, dnia.....

.....
(data, podpis i pieczęć pracownika)