

Data złożenia wniosku (pieczętka i podpis pracownika Uczelni)

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
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:			
Forma studiów:	<input type="checkbox"/> stacjonarne	<input type="checkbox"/> niestacjonarne	
<input type="checkbox"/> - jednolite studia magisterskie			Nr albumu
<input type="checkbox"/> - studia I-stopnia			Rok studiów (np. 1, 2, 3...)
<input type="checkbox"/> - studia II-stopnia			
<input type="checkbox"/> - studia doktoranckie			

Wnioskuje o przyznanie	
<input type="checkbox"/> - Stypendium dla osób niepełnosprawnych (należy dołączyć kserokopię orzeczenia właściwego organu potwierdzającego niepełnosprawność- oryginał do wglądu)	
Stopień niepełnosprawności	
<input type="checkbox"/> - lekki	<input type="checkbox"/> - umiarkowany <input type="checkbox"/> - znaczny
Okres, na jaki orzeczona została niepełnosprawność:	

Przyznane świadczenie proszę przekazać na mój rachunek bankowy:

Nr konta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

.....
(nazwa banku)

Do wniosku załączam dokumenty potwierdzające niepełnosprawność:

Lp.	Nazwa dokumentu	Ilość sztuk
1.	Orzeczenie właściwego organu:	
2.	Oświadczenie zał. Nr 8	
3.	Inne:	

Oświadczenie studenta:

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

- wszystkie podane przeze mnie we wniosku informacje i załączone dokumenty są prawdziwe,
- zapoznałem się z *Regulaminem przyznawania świadczeń dla studentów Śląskiego Uniwersytet Medycznego 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

Lp.	Rodzaj świadczenia	Decyzja pozytywna* (x)	Decyzja negatywna (x)	Kwota świadczenia
1.	Stypendium dla osób niepełnosprawnych			

Nie przyznano świadczeń z powodu: _____

Katowice, dnia _____

(pieczętka i podpis upoważnionego pracownika Uczelni/członka UKS)

Zmiana decyzji: _____

Katowice, dnia _____

(pieczętka i podpis upoważnionego pracownika Uczelni/członka UKS)

Notatki przyjmującego wniosek

--