

Data złożenia wniosku (pieczętka i podpis pracownika Uczelni)

**WNIOSEK 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: <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		Nr albumu	Rok studiów (np. 1, 2, 3...)
<input type="checkbox"/> - jednolite studia magisterskie			
<input type="checkbox"/> - studia I-stopnia			
<input type="checkbox"/> - studia II-stopnia			
<input type="checkbox"/> - studia doktoranckie			

Wnioskuje o przyznanie zapomogi	
Przyczyna wystąpienia przejściowej trudnej sytuacji życiowej	
<input type="checkbox"/> - śmierć członka rodziny	
<input type="checkbox"/> - ciężka choroba w rodzinie	
<input type="checkbox"/> - klęska żywiołowa	
<input type="checkbox"/> - inne:	
Data wystąpienia zdarzenia:	

Uzasadnienie: _____

Przyznane świadczenie proszę przekazać na mój rachunek bankowy:

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

(nazwa banku)

Do wniosku załączam dokumenty potwierdzające wystąpienie zdarzenia:

Lp.	Nazwa dokumentu	Ilość sztuk	Uwagi Uczelni
1.	Oświadczenie zał. Nr 8		
2.			
3.			
4.			
5.			

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/am 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.	zapomoga			

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)