

Data złożenia wniosku (pieczętka i podpis pracownika Uczelni)

Załącznik nr 2a do "Regulaminu przyznawania świadczeń dla studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach"

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: ☐ Wydział Nauk Medycznych w Zabrze* ☐ Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu*
☐ Wydział Nauk Medycznych w Katowicach* ☐ Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach*
☐ Wydział Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu* ☐ Filia w Bielsku - Białej*

*zaznacz właściwe

kierunek studiów (nazwa):

Forma studiów: ☐ stacjonarne ☐ niestacjonarne Nr albumu

☐ - jednolite studia magisterskie

☐ - 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.		☐	☐
2.		☐	☐
3.		☐	☐
4.		☐	☐

OŚWIADCZENIE
DOTYCZĄCE WYPŁACANIA ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU STYPENDIUM REKTORA DLA STUDENTÓW

Przyznane 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)