

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: ☐ 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:			
Forma studiów: ☐ stacjonarne ☐ niestacjonarne		Nr albumu	Rok studiów (np. 1, 2, 3...)
☐ - jednolite studia magisterskie			
☐ - studia I-stopnia			
☐ - studia II-stopnia			
☐ - studia doktoranckie			

Wnioskuje o przyznanie zapomogi	
Przyczyna wystąpienia przejściowej trudnej sytuacji życiowej	
☐ - śmierć członka rodziny ☐ - ciężka choroba w rodzinie ☐ - klęska żywiołowa ☐ - 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)