Załącznik nr 9 - do Regulaminu świadczeń dla studentów USM

Wniosek o przyznanie stypendium Rektora

|  |
| --- |
| NAZWISKO ..........................................................IMIĘ ............................................. Nr albumu ......................... |
| Poziom studiów (I st./ II st.)………semestr …………..Stacjonarne / niestacjonarne\*Kierunek: ....................................................................... | telefon kontaktowy ..........................................................e-mail: ………………………………………………... |

Proszę o przyznanie mi stypendium Rektora na semestr zimowy / letni\* roku akademickiego 20..../20.....

W poprzednim roku akademickim uzyskałam/em:

wyróżniające wyniki w nauce ze średnią ocen min. 4,5 …………………

 (*wyliczona średnia)*

i/lub

* osiągnięcia naukowe
* osiągnięcia artystyczne
* osiągnięcia sportowe we współzawodnictwie na poziomie co najmniej krajowym

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Świadomy/a odpowiedzialności dyscyplinarnej i karnej oraz obowiązku zwrotu pobranego świadczenia – za podanie nieprawdziwych lub niepełnych danych - OŚWIADCZAM, że informacje podane we wniosku są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.****Oświadczam, że ukończyłem/am studia**\***:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | nie ukończyłem/am żadnych studiów |  | jednolite magisterskie |
|  | pierwszego stopnia (licencjat / inżynier) |  | drugiego stopnia |

**Oświadczam, że ubiegam się o stypendium Rektora:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | tylko w Uczelni Społeczno-Medycznej w Warszawie |
|  | również w innej uczelni niż USM\*\* (jakiej: ........................................................................................................) |
|  | Studia I stopnia rozpoczęłam/ąłem (wpisać miesiąc, rok )……………………………………………….............. |

Łączny okres studiów (rozpoczętych i nieukończonych oraz ukończonych - na wszystkich stopniach) wynosi łącznie ……………….semestrów.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| .................................... |  | ....................................... |
| *Data* |  | *Podpis Studenta* |

 |

|  |
| --- |
| **Sposób płatności stypendium Rektora**  |
| **** | **Na konto bankowe:** |
| Nr  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

(proszę podać pełny 26-cyfrowy numer konta)

* **Na poczet czesnego**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych rozpatrzenia niniejszego wniosku na Uczelni Społeczno-Medycznej w Warszawie (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych; Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ....................................... |
|  |  |  |
|  |  | *Podpis Studenta* |

*\*niepotrzebne skreślić*

*\*\* student pierwszego roku studiów drugiego stopnia, który ukończył studia pierwszego stopnia w uczelni innej niż USM w ma obowiązek dołączyć do wniosku zaświadczenie o wysokości średniej ocen za ostatni rok studiów pierwszego stopnia, wystawione przez uczelnię, w której ukończył studia pierwszego stopnia*

**KOMENTARZ** (wypełnia Kwestura USM)**:**

|  |
| --- |
| Średnia ocen za rok akademicki..................................... wynosi: .............................................................Dodatkowe osiągnięcia studenta …………………………Uwagi: |
|  | **Świadczenie** | **Kwota miesięcznie** |
| Przyznano stypendium Rektora  | ............................................. zł  |
|  | Stypendium Rektora nie przysługuje z powodu .................................................................................................................................................................................................................................. |
| Podpis pracownika Kwestury: ………….…………. |