Rok akad. 2018 /2019

Data złożenie wniosku …..... Podpis pracownika Dziekanatu.....

NIEPRZEKRACZALNY TERMIN 31 marca

OŚWIADCZENIE DO WNIOSKU O PRZYZNANIE STYPENDIUM SOCJALNEGO, STYPENDIUM REKTORA, STYPENDIUM SPECJALNEGO DLA NIEPEŁNOSPRAWNYCH

I. DANE STUDENTA

IMIĘ I NAZWISKO

NR ALBUMU PESEL FORMA STUDIÓW

ADRES E-MAILOWY

Oświadczam, że stan faktyczny udokumentowany we wniosku, wobec którego została podjęta decyzja pozytywna w semestrze zimowym nie uległ zmianie.
Proszę o przyznanie, zgodnie z Regulaminem pomocy materialnej dla Studentów WSKiNoZ w Łodzi, stypendium na semestr letni:

- STYPENDIUM SOCJALNEGO*
- STYPENDIUM SOCJALNEGO W ZWIEKSZONEJ WYSOKOŚCI Z TYTUŁU ZAMIESZKANIA W DOMU STUDENCKIM LUB INNYM OBIEKCIE NIŻ DOM STUDENCKI*
- STYPENDIUM REKTORA DLA NAJLEPSZYCH STUDENTÓW*
- STYPENDIUM SPECJALNEGO DLA NIEPEŁNOSPRAWNYCH*

*** niewłaściwe skreślić**

…..…….. ……
data *podpis studenta*

II. DYSPOZYCJA PRZELEWU

Proszę o dokonanie przelewu świadczeń na rachunek bankowy:

nazwa banku ….....

numer rachunku:

…..…….. ……
data *podpis studenta*

III. OŚWIADCZENIE STUDENTA

Uprzedzony/a o odpowiedzialności dyscyplinarnej wynikającej § 12 Regulaminu Studiów, oświadczam, że złożone przeze mnie oświadczenia i dokumenty są zgodne z prawdą.

…..…….. ……
data *podpis studenta*

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

a) przetwarzanie moich danych osobowych przez Wyższą Szkołę Kosmetyki i Nauk o Zdrowiu w Łodzi dla potrzeb niezbędnych dla realizacji wniosku o stypendium oraz dokumentowania przebiegu studiów, a także wykonania przez Administratora obowiązków informacyjnych, archiwizacyjnych i statystycznych wynikających z ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tj.: Dz. U. z 2018 r. poz. 1668).

b) otrzymywanie wiadomości w formie korespondencji elektronicznej (e-mail), które w ocenie Uczelni okażą się niezbędne do właściwego przeprowadzenia realizacji wniosku o stypendium.

2. Zostałem/am poinformowany/a, iż:

a) Administratorem moich danych osobowych jest Wyższa Szkoła Kosmetyki i Nauk o Zdrowiu w Łodzi; 94-011 Łódź, ul. Wileńska 53/55

b) moje dane osobowe przetwarzane będą na potrzeby przeprowadzenia procesu realizacji wniosku o stypendium i dokumentowania przebiegu studiów, a także wykonania przez Administratora obowiązków informacyjnych, archiwizacyjnych i statystycznych wynikających z przepisów prawa.

c) moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tj.: Dz. U. z 2018 r. poz. 1668).

d) moje dane osobowe nie będą przekazywane podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa.

e) moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wyżej wymienionych celów (do ukończenia studiów) lub do momentu odwołania zgody.

f) posiadam prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa: prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

g) podane przeze mnie dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie będą poddawane profilowaniu.

h) mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

i) podanie danych osobowych jest dobrowolne jednakże konieczne do realizacji celów do których zostały zebrane.

…..…….. ……

data *podpis studenta*