

**WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO DLA NIEPEŁNOSPRAWNYCH
STUDENTÓW W ROKU AKADEMICKIM 2018/2019**

(liczba stron: 3)

| | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|
| Dane osobowe studenta (<i>wypełnia student</i>) | | | |
| Nazwisko i imię | | | |
| Nr albumu | | Rok studiów | |
| Kierunek | KOSMETOLOGIA | Rodzaj studiów | <input type="checkbox"/> I-stopnia - LICENCJAT <input type="checkbox"/> II stopnia - MAGISTERSKIE |
| System studiów | <input type="checkbox"/> stacjonarne | <input type="checkbox"/> niestacjonarne | |
| Adres email: | | | |

Wnoszę o przyznanie stypendium specjalnego dla niepełnosprawnych studentów na podstawie załączonego orzeczenia o niepełnosprawności (zaznaczyć właściwy stopień):

- lekkiej
- umiarkowanej
- znacznej

Charakter orzeczonego stopnia niepełnosprawności:

- trwały
- okresowy do dnia

| | | | | | | | | | | |
|-----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|----------|----------|--|
| | | - | | | - | | | | | |
| <i>d-</i> | <i>d</i> | | <i>m</i> | <i>m</i> | | <i>r</i> | <i>r</i> | <i>r</i> | <i>r</i> | |

data.....

czytelny podpis.....

Proszę o dokonanie przelewu świadczeń na rachunek bankowy:

nazwa banku

.....

numer rachunku:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

czytelny podpis.....

I. OŚWIADCZENIA STUDENTA

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

Ponadto oświadczam, że:

| Oświadczenia: <i>Proszę wpisać OBOK przy każdym oświadczeniu odpowiedź TAK lub NIE zgodnie ze stanem faktycznym.</i> | TAK / NIE |
|--|-----------|
| 1. Oświadczam, że jestem świadomy, iż studiując na więcej niż jednym kierunku studiów (niezależnie od tego, czy są to kierunki na jednej, czy na różnych uczelniach) mogę otrzymywać stypendium socjalne tylko na jednym, wskazanym przeze mnie kierunku – KOSMETOLOGIA w WSKiNoZ w Łodzi. (Art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tj.: Dz. U. z 2018 r. poz. 1668). | |
| 2. Czy uzyskał/ła Pan/Pani tytuł zawodowy licencjat lub magister na innym kierunku studiów w jakiegokolwiek uczelni wyższej działającej na terenie RP? (Art. 93 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tj.: Dz. U. z 2018 r. poz. 1668). <i>Pouczenie: Stypendium socjalne nie przysługuje studentowi, który ukończył już jeden kierunek studiów, a studia obecne nie są kontynuacją studiów po ukończeniu studiów licencjackich w celu uzyskania tytułu zawodowego magistra.</i> | |
| 3. Oświadczam, że podane przeze mnie we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym, przedłożone przeze mnie zaświadczenia (oświadczenia) i inne dokumenty są zgodne z prawdą, a załączone kopie dokumentów są zgodne z oryginałami. | |
| 4. Oświadczam, iż nie pobieram stypendium rektora dla najlepszych studentów na innym kierunku studiów oraz na innej uczelni zgodnie z obowiązującymi przepisami. | |
| 5. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z <i>Regulaminem pomocy materialnej WSKiNoZ</i> | |

.....
data
oświadczeniami

.....
podpis studenta pod

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