WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA STUDENTA UCZELNI O KIERUNKU LEKARSKIM

|  |
| --- |
| **Wypełnia student** |
| Nazwisko |  | Miejscowość |
| Imię (imiona) |  |
| Imię ojca  |  | Data |
| Imię matki  |  |
| Nazwa uczelni  |  |
| Rozpoczynany rok studiów  |  |
| Średnia ocen za ostatni rok akademicki  |  |
| Średnia ocen za przedostatni rok akademicki  |  |
| PESEL  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tel.: |
| **Miejsce stałego zamieszkania** |
| ulica  |  | nr domu/mieszkania  |  |
| miejscowość |  | powiat |  |
| kod pocztowy  |  |  | **-** |  |  |  | województwo  |  |
| **Miejsce czasowego zamieszkania w czasie studiów** |
| ulica  |  | nr domu/ mieszkania  |  |
| miejscowość  |  | powiat |  |
| kod pocztowy  |  |  | **-** |  |  |  | województwo  |  |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, do celów związanych z przyznaniem pomocy materialnej i świadczenia pracy, 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 …………………….. (podpis studenta ) |
| **Wypełnia Komisja**  |
| \*Komisja proponuje przyznanie stypendium:w kwocie ………………………………………………. zł brutto / m-c *słownie* …………………………………………………………………..…………………………………………………………………złotych  | Podpis Przewodniczącego Komisji ……………………………… |
| \*Wniosek odrzucono (z powodu) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

\*niepotrzebne skreślić