Załącznik nr 1

do Regulaminu ustalania wysokości, przyznawania i wypłacania świadczeń studentom Wyższej Szkoły Gospodarki Euroregionalnej im. Alcide De Gasperi w Józefowie

Wniosek o udzielenie świadczenia w roku akademickim 20.... / 20....

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

Imię i nazwisko

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

Kierunek, semestr i rok studiów

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

Telefon kontaktowy

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

Numer PESEL

........................................................................................................ ........................................

Adres stałego zameldowania numer albumu studenta

……………………………………………………………………

e-mail

Proszę o przyznanie następujących świadczeń - (wstawić krzyżyk we właściwym polu)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Stypendium socjalne |
|  | Stypendium specjalne dla niepełnosprawnych |
|  | Zapomogi |
|  | Wnioskowana wysokość zapomogi |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Rodzina moja składa się z niżej wymienionych osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym: | | | |
| Lp  . | Imię i nazwisko | Rok urodzenia | Stopień pokrewieństwa | Miejsce pracy lub nauki oraz dochód miesięczny |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miesięczny dochód netto przypadający na jednego członka mojej rodziny, według |  | | | | | |
| Załączonych zaświadczeń wynosi (w zaokrągleniu do pełnych złotych) : |  |  |  |  |  | zł. |
| Miesięczny dochód po odliczeniu utraconego dochodu (na wniosek studenta) |  |  |  |  |  | zł. |

|  |  |
| --- | --- |
| Proszę podać nr konta bankowego i jego właściciela.  a podany nr rachunku zostaną przelane otrzymane świadczenia pieniężne. | Bank i właściciel konta: ........................................................................................................    ................................................................................................................................................ |

Nr rachunku

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

**OŚWIADCZENIA**

Świadomy(a) odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych (odpowiedzialność dyscyplinarna) w Uczelni i konieczności zwrotu nieprawnie pobranych środków finansowych oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty dotyczące wysokości dochodów mojej rodziny, żyjącej we wspólnym gospodarstwie domowym są kompletne i zgodne ze stanem rzeczywistym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych (*zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2018 r. poz. 100), w celu przetworzenia niniejszego wniosku o udzielenie pomocy materialnej przez* Wyższą Szkołę Gospodarki Euroregionalnej im. Alcide de Gasperi w Józefowie, która jednocześnie jest Administratorem Danych Osobowych. W razie wątpliwości co do przetwarzania moich danych, mam prawo zwrócić się do Administratora Bezpieczeństwa Informacji w WSGE Wojciecha Sitka (mail: [wojtek@wsge.edu.pl](mailto:wojtek@wsge.edu.pl)). Oświadczam, że mam świadomość, że podawane przeze mnie dane będą przetwarzane tylko w zakresie realizacji celu ich przetwarzania oraz tylko przez czas niezbędny do tego przetwarzania tj. 5 lat)). Przetwarzanie będzie odbywało się zgodnie z Zarządzeniem nr 2/2018 Rektora WSGE z dnia 5.03.2018 (Polityką Bezpieczeństwa WSGE). Oświadczam, że zapoznałem/am się z prawem żądania wglądu do danych, sprostowania, usunięcia i ograniczenia przetwarzania danych, a także możliwością wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawem do przenoszenia danych oraz cofnięcia niniejszej zgody w dowolnym czasie, co będzie skutkowało odmową przyznania pomocy materialnej. Oświadczam, że mam świadomość, iż przysługuje mi prawo złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych. Dane osobowe podane w niniejszym wniosku nie będą podlegały profilowaniu ani udostępnianiu poza terytorium państwa należącego do Europejskiego Obszaru Gospodarczego, osobom trzecim ani organizacji międzynarodowej. Przetwarzane dane będą zachowane w tajemnicy, z wyjątkiem obowiązku ujawniania, wynikającego z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, jak również przypadku, gdy jest to potrzebne w celu wszczęcia lub prowadzenia postępowania karnego, cywilnego lub administracyjnego.

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeksu karnego (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn, zm.) oświadczam, że nie jestem\*/jestem\* kandydatem na żołnierza zawodowego lub żołnierzem zawodowym, który podjął studia na podstawie skierowania przez właściwy organ wojskowy lub otrzymał pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych. Oświadczam również, że nie jestem\*/jestem\* funkcjonariuszem służb państwowych w służbie kandydackiej ani funkcjonariuszem służb państwowych, który podjął studia na podstawie skierowania lub zgody właściwego przełożonego i otrzymał pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie.

........................................................

/ podpis wnioskodawcy/

Wypełnia pracownik administracji Uczelni wchodzący w skład Komisji Stypendialnej

Potwierdzam kompletność wymaganych zaświadczeń o dochodach sprawdzanie średniego miesięcznego dochodu netto w

rodzinie wnioskodawcy, który wynosi:

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

Data złożenia podania:

|  |
| --- |
| .............................................  / podpis wystawcy/ |

Dodatkowe uzasadnienie wniosku studenta ubiegającego się o świadczenie: (wypełnia student)

UWAGA!!! Uznanie dochodów studenta za utracone następuje na jego pisemny wniosek (należy umieścić go w rubryce poniżej)

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................. ..............................................................................................................................................................................

……………………………………………………………..

Podpis studenta ubiegającego się o przyznanie pomocy materialnej

DECYZJE – wypełniają komisje stypendialne:

Komisja Stypendialna przyznaje następujące świadczenia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pieczęć okrągła  Komisji    Stypendium socjalne | Pieczęć okrągła  Komisji    Stypendium specjalne  dla niepełnosprawnych | Pieczęć okrągła  Komisji    Zapomoga jednorazowa |
| Wysokość | Wysokość | Wysokość |

Podpisy członków Komisji: 1)....................... 2)..................... 3)...................... 4) .................... 5).........................

Data: ...............................

Odwoławcza Komisja Stypendialna przyznaje następujące świadczenia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pieczęć okrągła  Komisji    Stypendium socjalne | Pieczęć okrągła  Komisji    Stypendium specjalne  dla niepełnosprawnych | Pieczęć okrągła  Komisji    Zapomoga jednorazowa |
| Wysokość | Wysokość | Wysokość |

Podpisy członków Komisji: 1)....................... 2)..................... 3)...................... 4) .................... 5).........................

Data: ...............................