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). 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: ...............................