



Osoba przyjmująca wniosek:	Data przyjęcia wniosku:	GRUPA:	Nr wniosku:
-------------------------------------	----------------------------------	-----------------	----------------------

WYŻSZA SZKOŁA HANDLOWA W RADOMIU

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH na rok akademicki 2020/2021

Nazwisko:	Imię:	Nr albumu:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tryb studiów *)	<input type="checkbox"/> stacjonarne	<input type="checkbox"/> niestacjonarne							
Rodzaj studiów *)	<input type="checkbox"/> I stopnia (licencjackie / inżynierskie)	<input type="checkbox"/> II stopnia (magisterskie) magisterskie	<input type="checkbox"/> jednolite						
Rok studiów:	Kierunek:		(proszę wpisać na którym roku studiów Pan/Pani jest, np. I, II, III)						
Tel. kontaktowy:		e-mail:							
<u>Adres zamieszkania wnioskodawcy (do korespondencji)</u>									
.....								
ulica, nr domu/mieszkania					miejscowość				
.....								
kod pocztowy					województwo				

* właściwie zakreślić (X)

Wnoszę o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych w roku akademickim 2020/2021 w związku z posiadanym orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności. W załączeniu przedstawiam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu, ważne do dnia.....

Oświadczenie dotyczące ustalenia prawa do stypendium dla osób niepełnosprawnych

Oświadczam, że:

- powyższe dane są prawdziwe,
- zapoznałem(-am) się z warunkami przyznawania stypendium dla osób niepełnosprawnych.

Radom, dnia

.....
(własnoręczny podpis studenta)

.....

imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

OŚWIADCZENIE

o okresie pobierania świadczeń dla studentów oraz o niepobieraniu stypendium dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku studiów przez studenta składającego wniosek o przyznanie pomocy materialnej

Niniejszym oświadczam iż:

1. nie studiuje / studiuje* równocześnie w innej uczelni lub na innym kierunku studiów w WSH (jeśli tak, należy podać uczelnię, wydział, kierunek i rok studiów:
.....
.....)
i nie ubiegam się poza WSH ani w WSH na innym kierunku studiów o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych i takiej formy pomocy nie otrzymuję,
2. nie ukończyłem/łam*/ ukończyłem/łam* studia w WSH lub w innej uczelni (jeśli tak, należy wymienić wszystkie ukończone kierunki studiów, uczelnie, wydziały, rodzaje studiów – licencjackie/magisterskie i rok ukończenia:
.....
.....)
3. znane mi są przepisy dotyczące zakazu pobierania stypendiów na drugim kierunku studiów oraz wynikającego z nich obowiązku zwrotu świadczeń nieprawnie pobieranych, znane mi są przepisy dotyczące maksymalnego okresu pobierania świadczeń dla studentów (6 lat) i oświadczam, że Mój łączny okres przysługiwania świadczeń** wynosi.....
(lat/miesiące)
4. Oświadczam, że jestem / nie jestem* kandydatem na żołnierza, żołnierzem zawodowym, funkcjonariuszem służb państwowych w służbie kandydackiej lub funkcjonariuszem służb państwowych***

*) niepotrzebne skreślić

***) w opinii Ministerstwa, art. 93 ust. 2 pkt 1 KDN określa łączny okres (nieprzekraczający 6 lat kalendarzowych, tj. 72 miesięcy), w której danej osobie przysługuje możliwość ubiegania się o świadczenia w ramach studiów – niezależnie od ich rodzaju i długości trwania, jak też uczelni na których są odbywane

****) jeśli zaznaczono JESTEM (obligatoryjnie wypełniamy załącznik nr 13)

Radom, dnia

.....

(własnoręczny podpis studenta)

.....
imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

OŚWIADCZENIE

**kandydata na żołnierza, żołnierza zawodowego, funkcjonariusza służb państwowych
w służbie kandydackiej lub funkcjonariusza służb państwowych**

Niniejszym oświadczam iż:

1. **Nie podjęłam / nie podjąłem** studiów na podstawie skierowania przez właściwy organ wojskowy i **nie otrzymałam / nie otrzymałem** pomocy w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych*,
2. **Nie podjęłam / nie podjąłem** studiów na podstawie skierowania lub zgody właściwego przełożonego i **nie otrzymałam / nie otrzymałem** pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie*.

* dotyczy kandydatów na żołnierza lub żołnierzy zawodowych

* dotyczy funkcjonariuszy służb państwowych w służbie kandydackiej lub funkcjonariuszy służb państwowych

Radom, dnia

.....
(własnoręczny podpis studenta)

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA STUDENTA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Komisja Stypendialna Wyższej Szkoły Handlowej w Radomiu informuje, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wyższa Szkoła Handlowa z siedzibą w Radomiu przy ul. Mazowieckiego 7A zwany dalej Administratorem; Administrator prowadzi operacje przetwarzania następujących kategorii Pani/Pana danych osobowych:
 - ✓ Podstawowe dane osobowe
 - ✓ Dane osobowe szczególnej kategorii tj. dotyczących informacji o stopniu niepełnosprawności
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iodo@wsh.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu w celu przeprowadzenia procesu przyznawania stypendium dla niepełnosprawnych.
- 4) Pani/Pana dane będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa w związku z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych),)
- 5) Posiada Pani/Pan prawo do:
 - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- 6) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 7) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania studiów i/lub w celach archiwalnych zgodnie z właściwymi przepisami prawa.

ZGODA STUDENTA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH:

Oświadczam, że zapoznałem się z „klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych”. *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia postępowania w przedmiocie przyznania stypendium dla osób niepełnosprawnych 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.*

.....
/miejsowość, data i czytelny podpis studenta składającego podanie