|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Załącznik nr 1 do Regulaminu przyznawania pomocy materialnej dla studentów*  *Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu w Szczecinie*  **WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY MATERIALNEJ**  **STYPENDIUM SPECJALNE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** | | | | | | | | |  |  | wypełnia pracownik dziekanatu | | | | |  |
|  | Data wpływu: | | |  | | |
|  |  | |  |  | Czytelny podpis pracownika dziekanatu | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | ***wypełnić drukowanymi literami*** | | | | | | | Rok akademicki   ………………………………………………… | | | | | | |
| Nazwisko | |  | | | | | | | Numer albumu | | | | | Rok studiów | |
| imię | |  | | | | | | Nazwisko panieńskie w przypadku studentek | | | | | | | |
|  | | Wydział | | | | | | Kierunek | | | | | | | |
| Adres zamieszkania studenta | | | | | |  |  |  |  | | | | |  |  |
|  | | | | | | adres e-mail | | | | | | | | telefon kontaktowy | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  |  | |  |  | |  | *(miejscowość, kod, gmina, województwo, ulica)* | | | | | | | |  |
| Adres do korespondencji: | | | | | | | |  |  | | | | |  |  |
|  | | | | | | adres e-mail | | | | | | | | telefon kontaktowy | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | |  | *(miejscowość, kod, gmina, województwo, ulica)* | | | | | | | |  |

Proszę o przekazanie przyznanego stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych na numer rachunku bankowego

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

Oświadczam, że mam orzeczony stopień niepełnosprawności w stopniu: \*

lekkim □ umiarkowanym □ znacznym □

Wydane orzeczenie jest:

bezterminowo □ czasowo □ ważne do ………………………………………………….

\*właściwe zaznaczyć

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Wykaz załączonych dokumentów** | |  |  |  |  |
| Lp. | *Nazwa dokumentu* | | | | *Oryginał/kopia* |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Oświadczenia** | | | | | | |  |
| *(****należy uzupełnić we właściwych miejscach i wstawić krzyżyk we właściwych kratkach)***  *□ Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania z art. 233 § 1 kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej za podawanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że: Podane wyżej informacje dotyczące spełnienia warunków niezbędnych do otrzymania świadczeń pomocy materialnej są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym w dniu jego składania.* | | | | | | |  |
|  |
|  |
|  |
| *□ Świadomy(a) odpowiedzialności karnej i dyscyplinarnej, oświadczam, (zgodnie z art. 184 ust. 7 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 572)), że nie pobieram* ***stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych,*** *na więcej niż jednym kierunku studiów i więcej niż na jednej uczelni.*    *□ Zapoznałem/am się z Regulaminem przyznawania pomocy materialnej ZPSB.*  *.* | | | | | | |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

*□ Zgodnie z Art. 23 ust. 1 pkt. 1 Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. Nr 133 poz. 883)   
wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów stypendialnych.   
Zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie wglądu do moich danych i ich aktualizacji.*

Miejscowość i data ………………………………….. czytelny podpis wnioskodawcy …………………………………………

**4. Wydziałowa Komisja Pomocy Materialnej** w dniu ……………………………………….., postanawia

|  |  |
| --- | --- |
| Przyznać;  □ Stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych | W kwocie …………………………………………….. |
| □ Odmówić przyznania stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych | Z powodu …………………………………………………………………  ………………………………………………………………… |
| Czytelny podpis Przewodniczącego Wydziałowej Komisji Pomocy Materialnej  …………………………………………………………………………. | |