



wypełnia pracownik
dziekanatu

Data wpływu:

Czytelny podpis pracownika dziekanatu:

Rok akademicki

Semestr

Numer albumu

Nazwisko i imię

PESEL

PESEL

Obywatelstwo

Rok Studiów*:

☐ I, ☐ II, ☐ III ☐ IV

Wydział*: ☐ Ekonomii i Informatyki ☐ Ekonomii i Pedagogiki
☐ Ekonomii i Nauk o Zdrowiu ☐ Przedsiębiorczości

Kierunek*: ☐ Ekonomia, ☐ Informatyka,
☐ Zarządzanie, ☐ Ekonomia, ☐ Pedagogika

Forma studiów*

☐ Studia stacjonarne, ☐ studia niestacjonarne

Ukończony kierunek Studiów*

☐ I stopnia ☐ II stopnia

Poziom kształcenia*	
---------------------	--

☐ I stopnia ☐ II stopnia

Oświadczam, że*:

☐ Studiuje na jednym kierunku

☐ Studiuję jednocześnie na dwóch kierunkach

Adres zamieszkania: (kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu)

Adres e-mail:

Telefon kontaktowy:

*zaznaczyć właściwe X

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

[illegible]

1.Oświadczam, że mam orzeczony stopień niepełnosprawności w stopniu: *

lekkim ☐umiarkowanym ☐

znacznym ☐

Wydane orzeczenie jest:

bezterminowo ☐

czasowo ☐ ważne do

*właściwe zaznaczyć

[illegible]

- ☐ licencjat, inżynier lub równoważny ☐ magister lub równoważny ☐ inny jaki?
- ☐ Nie posiadam



4. Oświadczenia studenta

☐ Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej studentów (zgodnie z art. 307 i art. 322 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce), oświadczam, że **nie pobieram świadczeń** tj. stypendium socjalnego, stypendium rektora, stypendium dla osób niepełnosprawnych na innej uczelni lub innym kierunku studiów.

☐ Zapoznałem/am się z Regulaminem świadczeń dla studentów ZPSB.

☐ Zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić o jakiegokolwiek zmianie sytuacji materialnej mojej i mojej rodziny, zmianie liczby członków rodziny i każdej innej zmianie mającej wpływ na wysokość i prawo do stypendium socjalnego. Również o uzyskaniu przez siebie tytułu zawodowego, skutkującym utratą prawa do tych świadczeń lub o upływie terminu, w którym mógłbym/łabym o te świadczenia się ubiegać lub je pobierać.

☐ 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



5. Wydziałowa Komisja Stypendialna w dniu, postanawia

Przyznać; ☐ Stypendium dla osób niepełnosprawnych	W kwocie
☐ Odmówić przyznania stypendium dla osób niepełnosprawnych	Z powodu
Czytelny podpis Przewodniczącego Wydziałowej Komisji Socjalnej 	