



# Zachodniopomorska Szkoła Biznesu w Szczecinie

Załącznik nr 1 do Regulaminu świadczeń z Funduszu Stypendialnego dla studentów  
Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu w Szczecinie

wypełnia pracownik  
dziekanatu

## WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Data wpływu:

Czytelny podpis pracownika dziekanatu:

Rok akademicki

.....

Semestr

Numer albumu

Nazwisko i imię

wypełnić drukowanymi literami

PESEL

PESEL

Obywatelstwo

Rok Studiów\*:

I,  II,  III  IV

Wydział\*:  w Szczecinie  w Gryficach  
 w Stargardzie  Świnoujściu

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\*:  
 Studiuję 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

lekkim                       umiarkowanym                       znacznym

Wydane orzeczenie jest:

bezterminowo                       czasowo  ważne do .....

\*właściwie zaznaczyć





#### 4. Oświadczenia studenta

Świadomy/ świadoma odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art.286 kodeksu karnego, oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej studentów ( zgodnie z art. 307 ust.1 PSWiN, oświadczam, że ubiegam się o **stypendium dla osób z niepełnosprawnością** tylko na wskazanym we wniosku kierunku.

Zapoznałem/ Zapoznałam się z Regulaminem świadczeń dla studentów ZPSB.

Oświadczam, jestem świadomy/świadoma, że świadczenia, o których mowa w art.86 ust.1pkt. 1-4 Ustawy PSWiN przysługują na studiach I stopnia, II stopnia i jednolitych magisterskich, jednak nie dłużej niż przez okres 6 lat ( zgodnie z art.93 ust 2 PSWiN. Oświadczam, że łączny okres studiowania ( posiadania statusu studenta **nie przekracza 6 lat**.

Wyrażam zgodę na przesłanie mi drogą elektroniczną informacji związanych z postępowaniem w sprawie przyznania o **stypendium dla osób z niepełnosprawnością** na podany w systemie teleinformatycznym Uczelni adres e-mail oraz zobowiązuje się do regularnego odczytywania poczty elektronicznej i wysyłania potwierdzeń odbioru wiadomości z Uczelni.

Oświadczam, że **powiadomię niezwłocznie** pod rygorem odpowiedzialności dyscyplinarnej, o wystąpieniu poniższych faktów:

- a) ukończeniu studiów pierwszego stopnia w przypadku kontynuacji studiów pierwszego stopnia na innym kierunku
- b) ukończenia jednolitych studiów magisterskich lub studiów drugiego stopnia
- c) upływu 6 -letniego okresu od rozpoczęcia studiów, o których mowa w art. 93 ust.2 pkt 1 ustawy PSWiN

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z nauką w ZPSB, zgodnie z Ustawą (DZ.U.z 2018r.poz 1000, oraz Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( dz. U.UE z 2016r.Nr19), a także Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych.

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



5. Wydziałowa Komisja Stypendialna w dniu ....., postanawia

<p>Przyznać;</p> <p><input type="checkbox"/> Stypendium dla osób niepełnosprawnych</p>	<p>W kwocie .....</p>
<p><input type="checkbox"/> Odmówić przyznania stypendium dla osób niepełnosprawnych</p>	<p>Z powodu ..... .....</p>
<p>Czytelny podpis Przewodniczącego Wydziałowej Komisji Socjalnej</p> <p>.....</p>	