|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | *Załącznik nr 1 do Regulaminu świadczeń z Funduszu Stypendialnego dla studentów* *Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu w Szczecinie***WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB** **NIEPEŁNOSPRAWNYCH** |   |   | wypełnia pracownik dziekanatu |   |
|   | Data wpływu: |   |
|   |   |   |   | Czytelny podpis pracownika dziekanatu: |
|   |   | *wypełnić drukowanymi literami* | Rok akademicki  ………………………………………………… |
| Nazwisko i imię |  | Semestr | Numer albumu |
| PESEL |  PESEL | Obywatelstwo |  Rok Studiów\*: □ I, □ II, □ III □ IV |
|  | Wydział\*: □ w Szczecinie □ w Gryficach□ w Stargardzie □ Świnoujściu | Kierunek\*: □ Ekonomia, □ Informatyka, □ Zarządzanie, □ Inżynieria e-commerce, □ 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 □ Studiuje 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 ………………………………………………….

\*właściwe zaznaczyć

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Wykaz załączonych dokumentów** |   |  |  |  |  |
| Lp. |  | *Nazwa dokumentu* | *Oryginał/kopia* |
|   |  |   |  |
|   |  |   |  |
|   |  |   |  |
|   |  |   |  |
|   |  |   |  |
|  |  |  |  |

**3. WYPEŁNIĆ OBOWIĄZKOWO**

1. □ **Odbywałem/am studia** □ **Nie odbywałem/am**  **studiów**

□ I stopnia

**1a.** łączny okres studiowania na studiach I stopnia (ilość wszystkich rozpoczętych semestrów) ……………………

łączny okres pobierania stypendium na studiach I stopnia (ilość wszystkich rozpoczętych semestrów) ……………………

□ II stopnia

**1b.** łączny okres studiowania na studiach II stopnia (ilość wszystkich rozpoczętych semestrów) ……………………

łączny okres pobierania stypendium na studiach II stopnia (ilość wszystkich rozpoczętych semestrów) ……………………

□ jednolite studia magisterskie

**1c.** łączny okres studiowania na jednolitych studiach magisterskich (ilość wszystkich rozpoczętych semestrów) …………………..

łączny okres pobierania stypendium na jednolitych studiach magisterskich (ilość wszystkich rozpoczętych

semestrów) …………………..

1. **Posiadam już tytuł zawodowy:**

□ licencjat, inżynier lub równoważny □ magister lub równoważny

|  |  |
| --- | --- |
| □ Nie posiadam1. □ Jestem □ Nie jestem żołnierzem zawodowym/funkcjonariuszem służb państwowych (art. 447 Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce).

**4. Oświadczenia** |  |

□ Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych, w tym odpowiedzialności dyscyplinarnej, aż do wydalenia z uczelni i obowiązku zwrotu nieprawnie pobranego stypendium, oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku oraz załączone dokumenty są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

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

□ Jestem świadomy/świadoma, że świadczenia, o których mowa w art. 86 ust. 1 pkt. 1-4 Ustawy PSWiN przysługują na studiach I stopnia, II stopnia i jednolitych magisterskich, jednak nie dłużej niż przez okres 12 semestrów (zgodnie z art. 93 ust 2 PSWiN). Oświadczam, że łączny okres pobierania stypendium **nie przekracza 12 semestrów**.

□ Wyrażam zgodę na przesłanie mi drogą elektroniczną informacji związanych z postępowaniem w sprawie przyznania **stypendium dla osób niepełnosprawnych** na podany w systemie teleinformatycznym Uczelni adres e-mail oraz zobowiązuję się do wysyłania potwierdzeń odbioru wiadomości z Uczelni.

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

1. ukończeniu studiów pierwszego stopnia w przypadku kontynuacji studiów pierwszego stopnia na innym kierunku
2. ukończenia jednolitych studiów magisterskich lub studiów drugiego stopnia
3. upływu 12 semestrów 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. Uczelniana 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…………………………………………………………………………. |