



WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM REKTORA

wypełnić drukowanymi literami		Data wpływu (uzupełnia pracownik dziekanatu):				
		Czytelny podpis pracownika dziekanatu:				
Nazwisko i imię:	Semestr studiów:	Rok studiów:	Numer albumu:			
Pesel:	Obywatelstwo:					
Wydział: ☐ w Szczecinie, ☐ w Gryficach, ☐ w Stargardzie	Kierunek studiów:					
Forma studiów* ☐ Studia stacjonarne ☐ Studia niestacjonarne	Poziom studiów: ☐ 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-maili:

Telefon kontaktowy:

*zaznaczyć właściwe X

Proszę o przekazanie przyznanego stypendium rektora na numer rachunku bankowego (26 cyfr):

A. Wyniki w nauce i osiągnięcia

1. Średnia arytmetyczna ocen* (obliczona przez studenta):

2. Średnia arytmetyczna ocen (zweryfikowana przez dziekanat):

3. Opis osiągnięć (naukowe, artystyczne, sportowe):

Zajęte miejsce (1-3):

Ranga (międzynarodowa / krajowa):

Nazwa i miejsce zawodów, organizator:

***Średnia arytmetyczna ocen wszystkich zdanych egzaminów oraz zaliczeń przedmiotów uzyskanych w poprzednim roku akademickim.**

B. Przebieg dotychczasowych studiów

1. Czy odbywałeś/aś wcześniej studia:

☐ I stopnia – liczba rozpoczętych semestrów studiów: _____, liczba semestrów ze



stypendium: _____

☐ II stopnia – liczba rozpoczętych semestrów studiów: _____, liczba semestrów ze stypendium: _____

☐ Jednolite magisterskie – liczba rozpoczętych semestrów studiów: _____, liczba semestrów ze stypendium: _____

2. Czy posiadasz już tytuł zawodowy:

☐ Licencjat / Inżynier / równoważny

☐ Magister / równoważny

☐ Nie posiadam

C. Oświadczenia

☐ Oświadczam, że wszystkie dane we wniosku są zgodne z prawdą.

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

☐ Potwierdzam, że nie pobierałem/am stypendiów dłużej niż 12 semestrów.

☐ Wyrażam zgodę na kontakt mailowy w sprawie niniejszego wniosku.

☐ Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia o zakończeniu studiów lub przekroczeniu limitu semestrów.

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z procesem stypendialnym.

☐ Jestem kandydatem na żołnierza / żołnierzem zawodowym / funkcjonariuszem służb państwowych

☐ Nie jestem kandydatem na żołnierza / żołnierzem zawodowym / funkcjonariuszem służb państwowych

Miejscowość i data:

Podpis wnioskodawcy:



D. Decyzja Wydziałowej Komisji Pomocy Materialnej

☐ Przyznać stypendium Rektora

☐ Odmówić przyznania stypendium

Kwota stypendium (jeśli dotyczy):

Uzasadnienie decyzji (w przypadku odmowy):

Data decyzji: _____

Podpis przewodniczącego komisji:
