



WNIOSEK O PRYZYKNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

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)			



*zaznaczyć właściwe X

[illegible]☐ lekkim ☐ umiarkowanym ☐ znacznym

*zaznaczyć właściwe X

☐ bezterminowo ☐ na czas określony (ważne do.....)

*zaznaczyć właściwe X



3. Wykaz załączonych dokumentów:

Lp.	Nazwa dokumentu	Oryginał/kopia
1.	Orzeczenie o niepełnosprawności nr..... wydane dnia..... przez.....	
2.	Orzeczenie o niezdolności do pracy wydane przez ZUS na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych wydane dnia..... ważne do.....	
3.	orzeczenie o zaliczeniu do grupy inwalidzkiej wydane dnia.....	
4.	Inne (proszę podać jakie).....	

4. Wypełnić obowiązkowo:

- a) ☐ Odbywałem/am studia pierwszego stopnia
☐ Nie odbywałem/am studiów pierwszego stopnia

Łączny okres studiowania (ilość wszystkich rozpoczętych semestrów)

Łączny okres pobierania stypendium (ilość wszystkich rozpoczętych semestrów)

- b) ☐ Odbywałem/am studia drugiego stopnia
☐ Nie odbywałem/am studiów drugiego stopnia

Łączny okres studiowania (ilość wszystkich rozpoczętych semestrów)

Łączny okres pobierania stypendium (ilość wszystkich rozpoczętych semestrów)



- c) ☐ Odbywałem/am jednolite stopnia magisterskie
☐ Nie odbywałem/am jednolitych studiów magisterskich

Łączny okres studiowania (ilość wszystkich rozpoczętych semestrów)

Łączny okres pobierania stypendium (ilość wszystkich rozpoczętych semestrów)

- d) Posiadam już tytuł zawodowy:

- ☐ licencjat, inżynier lub równoważny
☐ magister lub równoważny
☐ nie posiadam tytułu zawodowego

- e) ☐ Jestem ☐ nie jestem

kandydatem na żołnierza/żołnierzem zawodowym/funkcjonariuszem służb państwowych (art. 447 Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce).

5. 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.



☐ 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.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

6. Wydziałowa Komisja Stypendialna w dniu.....postanawia:

Przyznać: ☐ Stypendium dla osób z niepełnosprawnością.	W kwocie:.....
---	-----------------------



☐ Odmówić przyznania stypendium dla osób z niepełnosprawnością.	Z powodu:.....
Czytelny podpis Przewodniczącego Wydziałowej Komisji Stypendialnej	