

Nr sprawy:

Wniosek złożony dn. _____

podpis i pieczętka pracownika

**WNIOSK DO KOMISJI STYPENDIALNEJ DOKTORANTÓW
O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
W ROKU AKADEMICKIM 2023/2024
(JEDNAK NIE DŁUŻEJ NIŻ DO DNIA WSKAZANEGO W ART. 279
UST. 1 I ART. 281 UST. 2 USTAWY Z DNIA 3 LIPCA 2018 R. PRZEPISY
WPROWADZAJĄCE USTAWĘ – PRAWO O SZKOLNICTWIE WYŻSZYM I NAUCE (Dz.U. poz. 1669 ze zm.))**

I: DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY*wypełnia wnioskodawca*Nazwisko i imię **doktoranta**: _____

Pesel: _____

Nr albumu: _____

Adres stałego zameldowania: _____

Adres do korespondencji: _____

Telefon kontaktowy: _____ adres e-mail w domenie uczelni: _____

Proszę o przekazanie przyznanych świadczeń pieniężnych na mój rachunek bankowy (prowadzony w PLN):

Numer rachunku: _____

II: DANE DOTYCZĄCE STUDIÓW DOKTORANCKICH*wypełnia wnioskodawca*

Wydział: _____

Dziedzina/dyscyplina: _____ Rok studiów: _____

Studia: stacjonarne niestacjonarne**III: INFORMACJA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DOKTORANTA***wypełnia wnioskodawca*

Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Stopień lekki	Orzeczenie ważne do:	____ - ____ - ____
	<input type="checkbox"/> Stopień umiarkowany		<input type="checkbox"/> -ORZECZENIE BEZTERMINOWE
	<input type="checkbox"/> Stopień znaczny		
Niepełnosprawność istnieje od: _____			(data / czas powstania niepełnosprawności)

IV: DOKUMENTACJA DO WNIOSKU (tylko w języku polskim)*wypełnia wnioskodawca*

Lista załączników:

- _____
- _____
- _____

V: OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY O ŚWIADCZENIE W ROKU AKADEMICKIM 2023/2024

(JEDNAK NIE DŁUŻEJ NIŻ DO DNIA WSKAZANEGO W ART. 279 UST. 1 I ART. 281 UST. 2 USTAWY Z DNIA 3 LIPCA 2018 R. PRZEPISY WPROWADZAJĄCE USTAWĘ – PRAWO O SZKOLNICTWIE WYŻSZYM I NAUCE (Dz.U. poz. 1669 ze zm.))

*wypełnia wnioskodawca***Oświadczam, że:**

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 23 ust. 5c ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 390))

- **ubiegam się o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych** na innych studiach doktoranckich, w tym na innej uczelni, jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Uniwersytetu Szczecińskiego w przypadku otrzymania świadczenia na innych studiach doktoranckich, w tym na innej uczelni (art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2023 r. poz. 742 ze zm.))*

 TAK _____
(nazwa uczelni)

_____ (nazwa wydziału)

_____ (dziedzina/dyscyplina studiów)

_____ (rok studiów)

 NIE

• **pobieram stypendium dla osób niepełnosprawnych na innych studiach doktoranckich*:**

TAK _____
 _____ (nazwa uczelni) _____ (nazwa wydziału)
 _____ (dziedzina/dyscyplina studiów) _____ (rok studiów)

NIE

• **studuję dodatkowo na studiach doktoranckich*:**

TAK _____
 _____ (nazwa uczelni) _____ (nazwa wydziału)
 _____ (dziedzina/dyscyplina studiów) _____ (rok studiów)

NIE

• **odbyłam/em już studia*:**

TAK _____
 _____ (nazwa uczelni) _____ (nazwa wydziału)
 _____ (dziedzina/dyscyplina studiów) _____ (data ukończenia studiów)

NIE

• jestem żołnierzem zawodowym, który podjął studia na podstawie skierowania przez właściwy organ wojskowy i otrzymał pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów ustawy o obronie Ojczyzny*;

TAK NIE

• jestem funkcjonariuszem służb państwowych w służbie kandydackiej albo funkcjonariuszem służb państwowych, który podjął studia na podstawie skierowania lub zgody właściwego przełożonego i otrzymał pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie*;

TAK NIE

• podane przeze mnie dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym*;

TAK NIE

• zapoznałam/em się z zarządzeniem nr 98/2023 Rektora Uniwersytetu Szczecińskiego z dnia 7 lipca 2023 r. w sprawie ustalenia Regulaminu zasad i trybu przyznawania świadczeń dla studentów i doktorantów Uniwersytetu Szczecińskiego w roku akademickim 2023/2024 i wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną*;

TAK NIE

• zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń i wyrażam zgodę na potrącenie nienależnie pobranych świadczeń z otrzymywanych stypendiów*;

TAK NIE

• w przypadku zmian mających wpływ na prawo do świadczeń zobowiązuję się powiadomić o tych zmianach Komisję Stypendialną Doktorantów terminie 7 dni od ich zaistnienia*;

TAK NIE

• przyjmuję do wiadomości, że moje dane osobowe będą przetwarzane w procesie obsługi stypendium dla osób niepełnosprawnych na Uniwersytecie Szczecińskim, a ich przetwarzanie wynika z obowiązków sprawozdawczych, nakładanych przez obowiązujące prawo. Administratorem danych osobowych jest Uniwersytet Szczeciński z siedzibą w Szczecinie, Al. Jana Pawła II 22a, 70-453 Szczecin. Podstawę przetwarzania danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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.L.2016.119.1). Obowiązki prawne wynikają z ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. Przepisy wprowadzające ustawę Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1669 ze zm.) w szczególności z art. 281 ust. 1 i 2; oraz wydanych we wskazanym zakresie aktów wykonawczych i regulacji wewnętrznych Uniwersytetu Szczecińskiego, w szczególności Regulaminu zasad i trybu przyznawania świadczeń dla studentów i doktorantów Uniwersytetu Szczecińskiego w roku akademickim 2023/2024*;

TAK NIE

 miejscowość, data

 CZYTELNY PODPIS DOKTORANTA

* zakreśl właściwe w wyżej wymienionych punktach

VI: WYPEŁNIA PRACOWNIK		
UWAGI:		_____ data, podpis i pieczętka pracownika
VII: DECYZJA KOMISJI STYPENDIALNEJ DOKTORANTÓW		
STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH		
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		_____ data, podpis i pieczętka członka KS Doktorantów
KWOTA PRYZNANEGO STYPENDIUM		
STYPENDIUM PRYZNANE NA OKRES		
VIII: DECYZJA ODWOŁAWCZEJ KOMISJI STYPENDIALNEJ		
		_____ data, podpis i pieczętka członka OKS Doktorantów