



- podane przeze mnie dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym\*:  
TAK
- zapoznałam/em się z zarządzeniem nr 111/2024 Rektora Uniwersytetu Szczecińskiego z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie ustalenia Regulaminu zasad i trybu przyznawania świadczeń dla studentów Uniwersytetu Szczecińskiego w roku akademickim 2024/2025, zwanym dalej „Regulaminem” i wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną\*:  
TAK
- zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń i wyrażam zgodę na potrącenie nienależnie pobranych świadczeń z otrzymywanych stypendiów\*:  
TAK
- w przypadku zmian mających wpływ na prawo do świadczeń zobowiązuję się powiadomić o tych zmianach Komisję Stypendialną terminie 7 dni od ich zaistnienia\*:  
TAK
- przyjmuję do wiadomości, że moje dane osobowe i wszelkie dane osobowe zawarte w przedkładanych dokumentach, przetwarzane będą w procesie obsługi stypendiów oraz zapomóg przyznawanych w Uniwersytecie Szczecińskim oraz obowiązków sprawozdawczych nakładanych przez obowiązujące prawo. Podstawę przetwarzania danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c RODO. Obowiązki prawne wynikają z ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2023 r. poz. 742 ze zm.) w szczególności z art. 86-95; oraz z wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych i regulacji wewnętrznych Uniwersytetu Szczecińskiego, w szczególności z Regulaminu\*:  
TAK

\* zakreśl właściwe w wyżej wymienionych punktach

**V: DOKUMENTACJA DO WNIOSKU** (tylko w języku polskim)

wypełnia wnioskodawca

Lista załączników:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *miejsowość, data*

\_\_\_\_\_ *CZYTELNY PODPIS STUDENTA*

**VI: DECYZJA KOMISJI STYPENDIALNEJ**

**STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		_____ <i>data, podpis i pieczęć członka KS</i>
KWOTA PRYZNANEGO STYPENDIUM		
STYPENDIUM PRYZNANE NA OKRES		

**VII: DECYZJA ODWOŁAWCZEJ KOMISJI STYPENDIALNEJ**

	_____ <i>data, podpis i pieczęć członka OKS</i>