

WPEŁYŃĘŁO (uzupełnia dziekanat)
Dnia
Podpis

Załącznik nr 3 do Regulaminu

Wniosek o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych

WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

....., dnia

NAZWISKO I IMIĘ STUDENTA			
ADRES ZAMIESZKANIA (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)			
numer albumu	kierunek	stopień	rok studiów
	<input type="checkbox"/> ADM <input type="checkbox"/> A-E <input type="checkbox"/> PED <input type="checkbox"/> PPiW <input type="checkbox"/> INF <input type="checkbox"/> LiK <input type="checkbox"/> ZiP <input type="checkbox"/> Psychologia	<input type="checkbox"/> I stopień (lic.) <input type="checkbox"/> I stopień (inż.) <input type="checkbox"/> II stopień (mgr.) <input type="checkbox"/> jednolite (mgr.)	<input type="checkbox"/> I rok <input type="checkbox"/> II rok <input type="checkbox"/> III rok <input type="checkbox"/> IV rok <input type="checkbox"/> V rok
Nr telefonu	Adres e-mail		Obywatelstwo
Punkt rekrutacyjny			
<input type="checkbox"/> Toruń	<input type="checkbox"/> Mielec	<input type="checkbox"/> Konin	<input type="checkbox"/> Rypin
<input type="checkbox"/> Radziejów	<input type="checkbox"/> Golub-Gobrzyń	<input type="checkbox"/> Wąbrzeźno	

Przyznane świadczenia proszę przelać na rachunek bankowy:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**Komisja Stypendialna
Akademia Jagiellońska
w Toruniu**

Wniosek o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych

Wnoszę o przyznanie stypendium dla Studenta - osoby niepełnosprawnej w roku akademickim 2024/2025.

I. Oświadczam, że:

- Posiadam orzeczony stopień niepełnosprawności w stopniu:

<input type="checkbox"/> lekkim	<input type="checkbox"/> umiarkowanym	<input type="checkbox"/> znacznym
---------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------
- Wydane orzeczenie jest:

<input type="checkbox"/> bezterminowe	<input type="checkbox"/> czasowe - ważne do
---------------------------------------	---
- Jestem / nie jestem* kandydatem na żołnierza zawodowego, żołnierzem zawodowym lub funkcjonariuszem służb państwowych, który podjął studia na podstawie skierowania przez właściwy organ i otrzymałam/-em / nie otrzymałam/-em* pomoc materialną przyznaną na podstawie przepisów o służbie.

4. Studiuję / nie studiuję* równocześnie na drugim kierunku studiów, jeżeli tak proszę podać:
nazwa Uczelni, kierunek:
.....
poziom (studia I, II stopnia, jednolite studia magisterskie) i rok studiów:
przewidziany regulaminem uczelni planowany termin ukończenia studiów:
5. Posiadam / nie posiadam* tytułu zawodowego magistra, magistra inżyniera albo równorzędnego, w tym uzyskanego za granicą.
6. Posiadam / nie posiadam* tytułu zawodowego licencjata, inżyniera lub równorzędnego, w tym uzyskanego za granicą i podejmuję ponownie / nie podejmuję ponownie* studia pierwszego stopnia.
7. Pobierałam/-em świadczenia pomocy materialnej na studiach I stopnia, studiach II stopnia i jednolitych studiach magisterskich łącznie przez lat.

II. Do niniejszego wniosku dołączam następujące zaświadczenia i dokumenty:

1. Oświadczenie o niepobieraniu świadczeń na innym kierunku studiów - **zał. nr 4**,
2. Oświadczenie o przebiegu toku studiów - **zał. nr 13**,
3. Ksero orzeczenia o niepełnosprawności.

III. Pouczenie:

* niepotrzebne skreślić

Rektor Akademii Jagiellońskiej w Toruniu informuje, że jest administratorem Pani/Pana danych osobowych. Siedziba Akademii Jagiellońskiej znajduje się przy ul. Prostej 4/ul. Jęczmiennej 23, 87-100 Toruń.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych w AJ: iodo@kj.edu.pl.

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt a), b), 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 (RODO).

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres konieczny wynikający z ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.). Dane uzyskane w wyniku zgody, będą przetwarzane do momentu cofnięcia tej zgody.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych osobowych w oraz do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu oraz prawo do cofnięcia zgody.

Ma Pani/Pana prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych osobowych, jeżeli uważa Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy prawa.

Podanie przez Panią/Pana danych jest wymogiem ustawowym oraz warunkiem starania się o pomoc materialną. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości przeprowadzenia procedury przyznania pomocy materialnej.

IV. Oświadczenia:

1. Wyrażam zgodę na zmianę decyzji w sprawie przyznania stypendium, w szczególności co do wysokości wypłacanych świadczeń, w przypadku zmniejszenia środków na stypendia na rok 2024/2025.
2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dot. złożonego wniosku o przyznanie stypendium drogą elektroniczną na adres poczty elektronicznej wskazany powyżej.
3. Świadoma/-y odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 233 § 1 i § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że wyżej podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
4. W przypadku zmiany sytuacji materialnej lub wystąpienia okoliczności mającej wpływ na prawo do stypendium zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia pisemnie o tym fakcie Komisji oraz wyrażam zgodę na zmianę decyzji stypendialnej, w szczególności co do wysokości wypłacanych świadczeń.

podpis Studenta

ADNOTACJE URZĘDOWE:

Przyznano/ nie przyznano* stypendium dla osób niepełnosprawnych w wysokości,

na okres od do.....

Data rozpatrzenia wniosku

podpis Przewodniczącego
Komisji Stypendialnej

* niepotrzebne skreślić