Załącznik Nr 2 do Zarządzenia 59/2017 Rektora WUM.

Data złożenia wniosku ..... Podpis pracownika Biura Spraw Studenckich ..... Nr wniosku: APD5- .....-541-...../20.....

Nazwisko i imię *studenta / doktoranta* *)	**PESEL**
....	
Nr albumu …… **Wydział** …… **Kierunek** …… **Rok studiów** …..... w roku akad: 20...../20...… **Data rozpoczęcia studiów** …… **Data zakończenia studiów** …… **Tryb studiów:** stacjonarne **/** niestacjonarne – wieczorowe, zaoczne **)* **Rodzaj studiów:** jednolite magisterskie **/** pierwszego stopnia **/** drugiego stopnia **/** studia doktoranckie **)* **Status studenta / doktoranta:** *bez warunku; warunkowo; na urlopie dziekańskim, zdrowotnym, w trakcie powtarzania …. roku studiów, w trakcie przerwy w odbywaniu studiów doktoranckich, w trakcie przedłużenia studiów doktoranckich *);* **) właściwe zaznaczyć*	***adres stałego zameldowania*** */kod poczt., miejscowość, ulica, województwo./* …… …… ***adres do korespondencji*** */kod poczt., miejscowość, ulica, województwo./* …… …… Telefon kontaktowy …… Adres e-mail ……

WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Uzasadnienie:

1. Jestem osobą niepełnosprawną w stopniu : lekkim / umiarkowanym / znacznym *(właściwe zaznaczyć)*
2. Kod niepełnosprawności .....
3. Niepełnosprawność ma charakter : stały / okresowy od ..... do .....
4. Do wniosku dołączam orzeczenie o niepełnosprawności.

Oświadczenie wnioskodawcy

1. Studiuję/ nie studiuję równocześnie na innym kierunku studiów (*jeśli tak, należy podać uczelnię, wydział, kierunek i rok studiów*

   .....
2. **Nie pobieram i nie będę ubiegać się** o w/w świadczenie pomocy materialnej na innym kierunku studiów WUM lub na innej uczelni.
3. Nie ukończyłem/am innego kierunku studiów (*jeśli tak, należy podać uczelnię, wydział, kierunek, rodzaj studiów [licencjackie / magisterskie / doktoranckie] i rok ukończenia)*

   .....

   .....).
4. Znane mi są przepisy dotyczące zakazu pobierania stypendiów na drugim kierunku studiów oraz obowiązku zwrotu nienależnie pobranych świadczeń otrzymanych na podstawie nieprawdziwych danych podanych we wniosku.
5. Zapoznałem/am się z Regulaminem ustalania wysokości, przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej dla studentów / doktorantów WUM – odpowiednio.
6. W przypadku zmiany mającej wpływ na prawo do otrzymywania w/w świadczenia pomocy materialnej lub rezygnacji ze studiów zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie Biura Spraw Studenckich.
7. Jestem świadomy / świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz.U. z 2016, poz.922, z późn. zm.) oraz przepisami wewnętrznymi obowiązującymi na WUM, wyłącznie w celu i w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia i realizacji wniosku o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych.
9. Wiem, że przysługuje mi prawo do wglądu i poprawiania moich danych osobowych.

Proszę o dokonanie przelewu przyznanego stypendium na mój rachunek bankowy:

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru decyzji:

Decyzję Komisji Stypendialnej Studentów WUM / Komisji Stypendialnej Doktorantów WUM *) odebrałem / odebrałam w dniu ……

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Decyzja Komisji Stypendialnej Studentów WUM / Komisji Stypendialnej Doktorantów WUM *) wysłana przez kancelarię WUM

w dniu ..... „za potwierdzeniem odbioru" : APD5-0734-...../20.....

**) właściwe zaznaczyć*