*Załącznik nr 1*

*do ogłoszenia o naborze wniosków*

**WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM**

**DLA STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO W ROKU AKADEMCIKIM 2020/2021**

|  |
| --- |
| **Wypełnia student** |
| Data i miejsce wypełnienia wniosku  |  |
| Nazwisko |  |
| Imię (imiona) |  |  |
| Imię ojca |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Rozpoczynany rok studiów |  |  |
| średnia ocen za rok akademicki 2018/2019 |  |
| średnia ocen za rok akademicki 2019/2020  |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tel.: |
| Adres e-mail: |  |
| ***Miejsce stałego zamieszkania*** |
| ulica |  | nr domu/mieszkania |  |
| miejscowość |  | powiat |  |
| kod pocztowy  |  |  | - |  |  |  | województwo |  |
| ***Miejsce zamieszkania w dacie rozpoczęcia studiów*** |
| ulica |  | nr domu/mieszkania |  |
| miejscowość |  | powiat |  |
| kod pocztowy |  |  | - |  |  |  | województwo |  |
| **Adres do korespondencji – podać jeśli jest inny niż adres stałego zamieszkania**  |
| ulica  |  | nr domu/mieszkania |  |
| miejscowość  |  | powiat |  |
| kod pocztowy  |  |  | - |  |  |  | województwo  |  |
| **Oświadczam, że:**1. powyższe dane są prawdziwe,
2. akceptuję wzór umowy o przyznanie stypendium stanowiący załącznik do ogłoszenia o naborze wniosków,
3. znane mi są zapisy uchwały Nr XXII/286/20 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 29 czerwca 2020 r. *w sprawie stypendium przyznawanego przez Województwo Świętokrzyskie studentom kształcącym się na kierunku lekarskim,*
4. zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) - wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla potrzeb naboru i realizacji umowy o przyznanie stypendium

**Do wniosku załączam:**1. **zaświadczenie** z uczelni o statusie studenta wraz z informacją o realizowaniu przez studenta nauki zgodnie z planem studiów, w tym korzystaniu z urlopów określonych w regulaminie studiów oraz powtarzaniu roku,
2. **zaświadczenie** z uczelni o średniej ocen za rok akademicki 2018/2019 oraz 2019/2020
3. **oświadczenie o** zamiarze zrealizowania stażu podyplomowego na terenie Województwa Świętokrzyskiego, a następnie osiedlenia się na terenie Województwa Świętokrzyskiego[[1]](#footnote-1) i podjęcia pracy w podmiocie leczniczym, którego podmiotem tworzącym jest Województwo Świętokrzyskie oraz dokonania wyboru specjalizacji lekarskiej, która jest deficytowa w wybranym przez siebie podmiocie leczniczym - wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 1 do wniosku o przyznanie stypendium.
4. **klauzulę informacyjną RODO** – załącznik nr 2 do wniosku o przyznanie stypendium.

………………………………………(podpis studenta) |
| **Wypełnia Komisja** **ds. rozpatrzenia wniosków o przyznanie stypendium** |
| \* Komisja proponuje przyznanie pomocy materialnej: w kwocie 2 000,00zł / m-c *(słownie: dwa tysiące złotych 00/100)*  | Podpis Przewodniczącego Komisji ……………………………………. |
| \*Wniosek odrzucono (z powodu)………………………………………………………….....….................................................................................................................................................................................................................................................................................. |

*Załącznik nr 1*

*do wniosku o przyznanie stypendium*

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisana/y ...............................................................PESEL................................................... oświadczam, że zgłaszam zamiar zrealizowania stażu podyplomowego na terenie Województwa Świętokrzyskiego, a następnie osiedlenia się na terenie Województwa Świętokrzyskiego[[2]](#footnote-2) i podjęcia pracy w podmiocie leczniczym, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Świętokrzyskie oraz dokonania wyboru specjalizacji lekarskiej, która jest deficytowa w wybranym przez siebie podmiocie leczniczym. Pracę zobowiązuje się podjąć niezwłocznie po zakończeniu nauki objętej programem studiów na kierunku lekarskim oraz po zrealizowaniu stażu podyplomowego.

.................................................

 data i podpis Studenta

*Załącznik nr 2*

*do wniosku o przyznanie stypendium*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Marszałek Województwa Świętokrzyskiego z siedzibą w Kielcach, 25-516 Kielce, al. IX Wieków Kielc 3.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: Waldemar Piłat, tel. 41 342 14 87, e-mail: iod@sejmik.kielce.pl
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu realizacji procesu naboru, zawarcia i realizacji umowy w sprawie przyznania stypendium studentowi kształcącemu się na kierunku lekarskim, w uczelni mającej siedzibę na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w ściśle określonym, minimalnym zakresie niezbędnym do osiągnięcia ww. celu wynikającego z uchwały Nr XXII/286/20 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 29 czerwca 2020 r. w sprawie stypendium przyznawanego przez Województwo Świętokrzyskie studentom kształcącym się na kierunku lekarskim.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
6. Pani /Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do zrealizowania umowy,
a po tym okresie dla celów archiwalnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia jeżeli są niezgodne ze stanem rzeczywistym lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
8. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność
z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
10. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. Podanie danych osobowych jest warunkiem koniecznym, a ich niepodanie skutkuje brakiem możliwości realizacji sprawy powadzonej na podstawie przepisów prawa.

Oświadczam, że zapoznałem się z informacją z art. 13 RODO.

.................................................

 data i podpis Studenta

1. Wykreślić jeśli student jest mieszkańcem województwa świętokrzyskiego [↑](#footnote-ref-1)
2. Wykreślić jeśli student jest mieszkańcem województwa świętokrzyskiego [↑](#footnote-ref-2)