

**WNIOSEK O PRYZYKNANIE STYPENDIUM
DLA STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO W ROKU AKADEMICKIM 2022/2023**

| Wypełnia student | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|-------------|--|--|
| Data i miejsce wypełnienia wniosku | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | | | | | | | | | | | |
| Imię (imiona) | | | | | | | | | | | |
| Imię ojca | | | | | | | | | | | |
| Nazwa uczelni | | | | | | | | | | | |
| Rozpoczynany rok studiów | | | | | | | | | | | |
| średnia ocen za rok akademicki 2020/2021 | | | | | | | | | | | |
| średnia ocen za rok akademicki 2021/2022 | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | | | | Tel.: | | | | | |
| Adres e-mail: | | | | | | | | | | | |
| Miejsce stałego 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 oraz opublikowanie moich danych (imię i nazwisko) na stronie BIP UMWS. | | | | | | | | | | | |
| Do wniosku załączam: | | | | | | | | | | | |
| 1. zaświadczenie z uczelni o statusie studenta wraz z informacją o realizowaniu przeze mnie 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 2020/2021 oraz 2021/2022 | | | | | | | | | | | |

3. **oświadczenie o** zamiarze zrealizowania stażu podyplomowego na terenie Województwa Świętokrzyskiego, a następnie osiedlenia się na terenie Województwa Świętokrzyskiego¹ 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)

.....

¹ Wykreślić jeśli student jest mieszkańcem województwa świętokrzyskiego

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/yPESEL.....
oświadczam, że zgłaszam zamiar zrealizowania stażu podyplomowego na terenie Województwa Świętokrzyskiego, a następnie osiedlenia się na terenie Województwa Świętokrzyskiego² 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

² Wykreślić jeśli student jest mieszkańcem województwa świętokrzyskiego

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 zwane dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Marszałek Województwa Świętokrzyskiego z siedzibą w Kielcach, al. IX Wieków Kielc3, 25-516 Kielce, tel:41/342-15-30, fax: 41/344-52-65, e-mail: urząd.marszalkowski@sejmik.kielce.pl,
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce, tel:41/342-15-18, 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 Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych w niniejszych celach są:
 - a. Art. 6 ust. 1 lit a) RODO osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w zakresie opublikowania danych na stronie BIP UMWS.
 - b. Art. 6. ust. 1 lit. c) RODO -przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z uchwałą 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, art. 18 pkt 19a ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 512 ze zm.) oraz art. 96 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2020 r., poz. 85 ze zm.)
 - c. Dane osobowe przetwarzane będą również w celach związanych z wykonywaniem obowiązków prawnych przez Urząd Marszałkowski (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) związanych z archiwizacją dokumentacji zgodnie z przepisami prawa.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
Ponadto odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby upoważnione przez administratora danych osobowych tj. dostawcy usług pocztowych, kurierskich, informatycznych lub bankowych w zakresie realizacji płatności.
Ponadto w zakresie stanowiącym informację publiczną dane będą ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w BIP Urzędu.
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.
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 podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

10. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych narusza przepisy RODO.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do umożliwienia przeprowadzenia procedury przyznania stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim. Niepodanie ich uniemożliwi dokonanie weryfikacji formalnej i merytorycznej wniosku, który został złożony w ramach procedury przyznawania stypendiów, a tym samym dalszy udział w ich procedowaniu.

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

.....
data i podpis Studenta