

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO  
DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH NA ROK AKADEMICKI 20...../20.....**

Data otrzymania wniosku przez Głównego  
Specjalistę ds. Osób Niepełnosprawnych

		-			-	2	0		
--	--	---	--	--	---	---	---	--	--

.....  
(podpis)

Data wpływu wniosku  
do Wydziałowej Komisji Stypendialnej

		-			-	2	0		
--	--	---	--	--	---	---	---	--	--

.....  
(podpis)

.....  
(imię i nazwisko studenta)

PESEL....., nr albumu .....

Student ..... roku w roku akademickim 20...../20.....

Wydział ..... kierunek .....

Tryb studiów: stacjonarne/niestacjonarne wieczorowe/niestacjonarne zaoczne<sup>1</sup>

Telefon kontaktowy: ....., adres e-mail: .....

**Informacje dotyczące rachunku bankowego Studenta:**

Nazwa banku ....., nr oddziału .....

Miejscowość .....

Numer rachunku:

		-			-			-			-			-			-		
--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--

**Do Wydziałowej Komisji Stypendialnej**

**Proszę o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych**

**Posiadany stopień niepełnosprawności:**

znaczny     umiarkowany     lekki

Poświadczenie Głównego Specjalisty ds. Osób Niepełnosprawnych .....

.....  
(termin ważności orzeczenia)

**Oświadczenie studenta:**

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 233 § 1 i § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, ze zm.) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że:

1. Podane przeze mnie we wniosku informacje i załączone dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Nie ukończyłem dotychczas żadnego kierunku studiów (oświadczenie nie dotyczy studentów, którzy po ukończeniu wyższych studiów zawodowych kontynuują naukę w celu uzyskania tytułu magistra).
3. Nie ubiegam się o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku studiów lub na innej uczelni, a w przypadku ubiegania się i przyznania stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku studiów lub na innej

.....  
<sup>1</sup> Właściwe podkreślić.

uczelnii, zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o tym Dział ds. Bytowych Studentów, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia uzyskania informacji o zaistniałym fakcie.

4. Przyjmuję do wiadomości obowiązek zwrotu świadczeń nienależnych, tzn. otrzymanych na podstawie nieprawdziwych danych.
5. Wyrażam zgodę na potrącenie nienależnego świadczenia z przyznanego mi stypendium.
6. Znane mi są przepisy *Regulaminu przyznawania pomocy materialnej dla studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*. Przyjmuję do wiadomości, że złożony przeze mnie wniosek zostanie rozpatrzony najwcześniej w listopadzie bieżącego roku akademickiego.
7. Nie jestem kandydatem na żołnierza zawodowego/ żołnierzem zawodowym/funkcjonariuszem służb państwowych

..... dnia ..... 20..... r. ....  
(własnoręczny podpis studenta)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Dział ds. Bytowych Studentów w celu i zakresie niezbędnym do rozpatrzenia i realizacji wniosku dotyczącego przyznania wskazanego rodzaju świadczenia, przysługującego w ramach pomocy materialnej dla studentów zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U z 2014 r. poz. 1182).

..... dnia ..... 20..... r. ....  
(własnoręczny podpis studenta)

**Adnotacje Działu ds. Bytowych Studentów:**

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

**Decyzja Wydziałowej Komisji Stypendialnej**

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

**Członkowie  
Wydziałowej Komisji Stypendialnej:**

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

**Przewodniczący  
Wydziałowej Komisji Stypendialnej**

.....

Łódź, dnia .....20..... r.

WERSJA ARCHIWALNA

Zal. 3 - str. 2 z 2