Załącznik nr 1

do ogłoszenia o naborze wniosków

# WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM

*\* Formularz wniosku należy wypełnić komputerowo*

## Dane osobowe Studenta

**Imię (imiona) i nazwisko:**

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

**Data urodzenia**: ………………………….. (rrrr/mm/dd)

**Miejsce urodzenia:**

Kraj: ............................................... Województwo: .......................................................

Powiat: …………………….……….. Gmina: …………………………………………………

Miejscowość: ……………………….

PESEL lub seria i nr paszportu w przypadku braku posiadania nr PESEL ………………………………………………………………………………………...

**Miejsce stałego miejsca zamieszkania:**

Kraj: ............................................... Województwo: .......................................................

Powiat: …………………….……….. Gmina: …………………………………………………

Miejscowość: ………………………. Kod pocztowy: …… - …………..

Ulica: ……………… Nr domu ……………….. Nr mieszkania: …………………..

**Adres do korespondencji:** podać, jeśli jest inny niż miejsce stałego zamieszkania:

Kraj: ............................................... Województwo: .......................................................

Powiat: …………………….……….. Gmina: …………………………………………………

Miejscowość: ………………………. Kod pocztowy: …… - …………..

Ulica: ……………… Nr domu ……………….. Nr mieszkania: …………………..

**Nr rachunku bankowego:**

……………………………………………………………………………………………..

## Dane uczelni, w której student kształci się na kierunku lekarskim oraz dotyczące spełnienia innych kryteriów

Pełna nazwa uczelni (adres uczelni, miejscowość, kod pocztowy, poczta):

…………………………………………………………………………………………………..........................................................................................................................................

Średnia ocen z egzaminów za ostatni rok akademicki poprzedzający rok złożenia wniosku
(obliczana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, bez zaokrągleń): …………………………………………………………………………………………………..

Rok studiów w trakcie składania wniosku: …………………………………………………………………………………..

## Dane dotyczące wyboru specjalizacji lekarskiej priorytetowych dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Leżajsku - wyboru należy dokonać z listy lekarskich specjalizacji priorytetowych podanych w ogłoszeniu o naborze wniosków

Wybór lekarskiej specjalizacji priorytetowej …………………………….………………………………………..

## ****Oświadczenie:****

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

1. Podane przeze mnie dane osobowe są zgodne ze stanem faktycznym,
2. Zapoznałem/am się z treścią Regulaminu przyznawania stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim oraz akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do ich przestrzegania,
3. Akceptuję projekt umowy o przyznanie stypendium stanowiący załącznik nr 2 do ogłoszenia o naborze wniosków o przyznanie stypendium.

| ………………………………(data) | …………………………………………………………………………………..…(czytelny podpis Wnioskodawcy wyrażającego zgodę) |
| --- | --- |

## Wykaz załączników do wniosku

Do wniosku należy dołączyć:

1. zaświadczenie z uczelni o statusie studenta,
2. zaświadczenie z uczelni o średniej ocen z egzaminów wnioskodawcy, uzyskanej za ostatni rok akademicki poprzedzający rok złożenia wniosku,
3. oświadczenie o zobowiązaniu się do podjęcia zatrudnienia – załącznik nr 1,
4. oświadczenie o niekorzystaniu z urlopów – załącznik nr 2,
5. oświadczenie o zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu Powiatu Leżajskiego
o odbywanej specjalizacji priorytetowej w SP ZOZ w Leżajsku – załącznik nr 3,
6. oświadczenie o zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu Powiatu Leżajskiego
o odpracowaniu stypendium – załącznik nr 4.
7. zgoda na przetwarzanie i publikację danych osobowych - załącznik nr 5 Wniosku,

| …………….……………………… (data) | ………………………………………………………………………………….. (czytelny podpis Wnioskodawcy) |
| --- | --- |

##  Wypełnia komisja ds. rozpatrzenia wniosków o przyznanie stypendium

Komisja proponuje przyznanie stypendium w kwocie **2500,00 zł** miesięcznie,

na okres …………. miesięcy.

Wniosek odrzucony z powodu ………………………………………….……………………………

………………………………………….…………………………………………….………………..…

………………………………………….…………………………………………….………………..…

 ……………………………………………………..…………

 podpis Przewodniczącego Komisji

Załącznik nr 1

do wniosku o przyznanie stypendium

………………………………………

*miejscowość i data*

*Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………..*

*Adres stałego zamieszkania: ………………………………………………………*

*Telefon kontaktowy/e-mail: ………………………………..………………….……*

# OŚWIADCZENIE

# zawierające zobowiązanie do podjęcia zatrudnienia

Ja, niżej podpisany/na oświadczam, że po uzyskaniu pełnego prawa do wykonywania zawodu, jednak nie później niż przed upływem 6 miesięcy po jego uzyskaniu, podejmę zatrudnienie
w pełnym wymiarze czasu pracy, w ramach stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, w ramach lekarskiej specjalizacji priorytetowej wskazanej przeze mnie we wniosku
o przyznanie stypendium w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Leżajsku, na okres pracy[[1]](#footnote-1)………………….

Jednocześnie oświadczam, że znane są mi zapisy Regulaminu przyznawania stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim i skutki prawne wynikające z niewywiązania się z ww. zobowiązania.

 ………….…………………………………

*(data i czytelny podpis studenta)*

Załącznik nr 2

do wniosku o przyznanie stypendium

………………………………………

*miejscowość i data*

*Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………..*

*Adres stałego zamieszkania: ………………………………………………………*

*Telefon kontaktowy/e-mail: ………………………………..………………….……*

# OŚWIADCZENIE

# o niekorzystaniu z urlopów

Ja, niżej podpisany/na oświadczam, że na dzień składania wniosku o przyznanie stypendium nie korzystam z urlopów określonych w regulaminie studiów.

Jednocześnie oświadczam, że znane są mi zapisy Regulaminu przyznawania stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim i skutki prawne wynikające z niewywiązania się z ww. zobowiązania.

………….…………………………………

*(data i czytelny podpis studenta)*

Załącznik nr 3

do wniosku o przyznanie stypendium

………………………………………

*miejscowość i data*

*Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………..*

*Adres stałego zamieszkania: ………………………………………………………*

*Telefon kontaktowy/e-mail: ………………………………..………………….……*

# OŚWIADCZENIE

# o zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu Powiatu Leżajskiego o rozpoczęciu specjalizacji

Ja, niżej podpisany/na zobowiązuję się do poinformowania Zarządu Powiatu Leżajskiego o podjęciu zatrudnienia w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Leżajsku na specjalizacji …………………………………………….. w terminie 30 dni od dnia zatrudnienia
w ww. podmiocie.

Jednocześnie oświadczam, że znane są mi zapisy Regulaminu przyznawania stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim i skutki prawne wynikające z niewywiązania się z ww. zobowiązania.

………….…………………………………

*(data i czytelny podpis studenta)*

Załącznik nr 4

do wniosku o przyznanie stypendium

………………………………………

*miejscowość i data*

*Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………..*

*Adres stałego zamieszkania: ………………………………………………………*

*Telefon kontaktowy/e-mail: ………………………………..………………….……*

# OŚWIADCZENIE

# o zobowiązaniu się do poinformowania o odpracowaniu stypendium

Ja, niżej podpisany/na zobowiązuję się do poinformowania Zarządu Powiatu Leżajskiego o odpracowaniu stypendium w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Leżajsku na specjalizacji

……………………………………………………………………………..………………….

w terminie 30 dni od dnia zakończenia odpracowania stypendium.

Jednocześnie oświadczam, że znane są mi zapisy Regulaminu przyznawania stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim i skutki prawne wynikające z niewywiązania się z ww. zobowiązania.

………….…………………………………

*(data i czytelny podpis studenta)*

Załącznik nr 5

do wniosku o przyznanie stypendium

………………………………………

*miejscowość i data*

**ZGODA NA PUBLIKACJĘ DANYCH OSOBOWYCH \***

1. Ja niżej podpisany/a

………………………………………………………………………………………………………………………………………………,

niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w postaci mojego imienia
i nazwiska, nazwy uczelni (rok studiów i wybrana specjalizacja priorytetowa dla SP ZOZ
w Leżajsku) oraz wizerunku przez Starostwo Powiatowe w Leżajsku, utrwalonego podczas podpisywania umowy stypendialnej - na stronie internetowej, mediach społecznościowych Powiatu Leżajskiego oraz w „Kurierze Powiatowym” w celu przedstawienia informacji o przyznanych stypendiach studentom kształcącym się na kierunku lekarskim.

1. Oświadczam, że niniejszą zgodę udzielam dobrowolnie.
2. Jestem świadomy/a przysługującego mi prawa do wycofania zgody, jak również faktu, że wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Podstawa prawna:

1. Rozporządzenie 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) – art. 6 ust. 1 lit. a
2. Ustawa z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych – art. 81
3. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny – art. 23

 ……………………………………………………………
(czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) – zwanego dalej RODO informuje się, że:

* Administratorem danych osobowych jest Starosta Leżajski z siedzibą: ul. Kopernika 8, 37-300 Leżajsk, tel. 172404530;
* Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem email: iod@starostwo.lezajsk.pl;
* Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO);
* Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
* Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane oraz w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych;
* Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Z uwagi na to, że podstawą przetwarzania danych osobowych przez Starostę Leżajskiego są przepisy prawa, uprawnienie to może być ograniczone lub wyłączone;
* Osoba, której dane dotyczą ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
* Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wyżej określonego celu.

**\*Niniejsza zgoda będzie wykorzystana jedynie w przypadku przyznania stypendium studentowi kształcącemu się na kierunku lekarskim. W sytuacji nieotrzymania stypendium podpisana zgoda zostanie usunięta w ciągu 14 dni od rozpatrzenia wniosku.**

1. 1) 2 lat, gdy Student pobiera stypendium od VI roku studiów,

 2) 3 lat, gdy Student pobiera stypendium od V roku studiów,

 3) 4 lat, gdy Student pobiera stypendium od IV roku studiów [↑](#footnote-ref-1)