



- **pobieram stypendium specjalne\*** na innych studiach doktoranckich:

TAK

\_\_\_\_\_ (nazwa uczelni)

\_\_\_\_\_ (nazwa wydziału)

\_\_\_\_\_ (dziedzina/dyscyplina studiów)

\_\_\_\_\_ (rok studiów)

NIE

- **studiuję dodatkowo na studiach doktoranckich\*:**

TAK

\_\_\_\_\_ (nazwa uczelni)

\_\_\_\_\_ (nazwa wydziału)

\_\_\_\_\_ (dziedzina/dyscyplina studiów)

\_\_\_\_\_ (rok studiów)

NIE

- **odbyłam/em studia doktoranckie\*:**

TAK

\_\_\_\_\_ (nazwa uczelni)

\_\_\_\_\_ (nazwa wydziału)

\_\_\_\_\_ (dziedzina/dyscyplina studiów)

\_\_\_\_\_ (data ukończenia studiów)

NIE

- jestem kandydatem na żołnierza zawodowego lub żołnierzem zawodowym, który podjął studia na podstawie skierowania przez właściwy organ wojskowy lub otrzymał pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych\*;

TAK  NIE

- jestem funkcjonariuszem służb państwowych w służbie kandydackiej albo funkcjonariuszem służb państwowych, który podjął studia na podstawie skierowania lub zgody właściwego przełożonego i otrzymał pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie\*;

TAK  NIE

- podane przeze mnie dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym\*;

TAK  NIE

- zapoznałam/em się z **Regulaminem zasad i trybu przyznawania pomocy materialnej dla doktorantów Uniwersytetu Szczecińskiego w roku akademickim 2018/2019\***;

TAK  NIE

- zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń i wyrażam zgodę na potrącenie nienależnie pobranych świadczeń z otrzymywanych stypendiów\*;

TAK  NIE

- w przypadku zmian mających wpływ na prawo do świadczeń pomocy materialnej zobowiązuję się powiadomić o tych zmianach Wydziałową Komisję ds. Pomocy Materialnej w terminie 7 dni od ich zaistnienia\*;

TAK  NIE

- zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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 (Dz.U.UE.L.2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych przez Uniwersytet Szczeciński z siedzibą w Szczecinie, al. Papieża Jana Pawła II 22 a, 70-453 Szczecin. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałam/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania\*.

TAK  NIE

\_\_\_\_\_ miejscowość, data

\_\_\_\_\_ podpis doktoranta

\*zakreśl właściwe w wyżej wymienionych punktach

<b>VI: WYPEŁNIA PRACOWNIK</b>	
UWAGI	_____ data, podpis i pieczętka pracownika
<b>VII: DECYZJA WYDZIAŁOWEJ KOMISJI DS. POMOCY MATERIALNEJ</b>	
<b>STYPENDIUM SPECJALNE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH</b>	
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	_____ data i podpis upoważnionego członka WKdsPM
ORZECZENIE WYDANE NA OKRES	
KWOTA PRYZNANEGO STYPENDIUM	
<b>VIII: DECYZJA ODWOŁAWCZEJ UCZELNIANEJ KOMISJI DS. POMOCY MATERIALNEJ</b>	
	_____ data i podpis upoważnionego członka OUKdsPM