

Nazwisko i imię **doktoranta** \_\_\_\_\_  
 Nr albumu \_\_\_\_\_  
 Wydział \_\_\_\_\_  
 Dziedzina/dyscyplina \_\_\_\_\_ Rok studiów \_\_\_\_\_  
 Studia: stacjonarne      niestacjonarne

Nr sprawy: \_\_\_\_\_

Wniosek złożony dn. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć pracownika**(część dla doktoranta)*

Nr sprawy: \_\_\_\_\_

Wniosek złożony dn. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć pracownika*

**WNIOSEK DO KOMISJI STYPENDIALNEJ DOKTORANTÓW  
 O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH  
 W ROKU AKADEMICKIM 2022/2023**

**I: DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY***wypełnia wnioskodawca*Nazwisko i imię **doktoranta**: \_\_\_\_\_Pesel: Nr albumu: 

Adres stałego zameldowania: \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji: \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_ adres e-mail w domenie uczelni: \_\_\_\_\_

Proszę o przekazanie przyznanych świadczeń pieniężnych na mój rachunek bankowy (prowadzony w PLN):

Numer rachunku: **II: DANE DOTYCZĄCE STUDIÓW DOKTORANCKICH***wypełnia wnioskodawca*

Wydział: \_\_\_\_\_

Dziedzina/dyscyplina: \_\_\_\_\_ Rok studiów: \_\_\_\_\_

Studia: stacjonarne      niestacjonarne

**III: INFORMACJA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DOKTORANTA***wypełnia wnioskodawca*

Stopień niepełnosprawności:	Stopień lekki	Orzeczenie ważne do:	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Stopień umiarkowany		<input type="checkbox"/>	-ORZECZENIE BEZTERMINOWE						
	Stopień znaczny									

Niepełnosprawność istnieje od: \_\_\_\_\_  
(data / czas powstania niepełnosprawności)**IV: DOKUMENTACJA DO WNIOSKU (tylko w języku polskim)***wypełnia wnioskodawca*

Lista załączników:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**V: OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY O ŚWIADCZENIE W ROKU AKADEMICKIM 2022/2023***wypełnia wnioskodawca*

Oświadczam, że:

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 23 ust. 5c ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U.2022.615))

- ubiegam się o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych na innych studiach doktoranckich, w tym na innej uczelni, jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Uniwersytetu Szczecińskiego w przypadku otrzymania świadczenia na innych studiach doktoranckich, w tym na innej uczelni (art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U.2022.574 ze zm.))\*

TAK \_\_\_\_\_  
(nazwa uczelni)\_\_\_\_\_ (nazwa wydziału)\_\_\_\_\_ (dziedzina/dyscyplina studiów)\_\_\_\_\_ (rok studiów)

NIE

- **pobieram stypendium dla osób niepełnosprawnych na innych studiach doktoranckich\*:**

TAK \_\_\_\_\_ (nazwa uczelni) \_\_\_\_\_ (nazwa wydziału)

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

NIE

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

TAK \_\_\_\_\_ (nazwa uczelni) \_\_\_\_\_ (nazwa wydziału)

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

NIE

- **odbyłam/em już studia\*:**

TAK \_\_\_\_\_ (nazwa uczelni) \_\_\_\_\_ (nazwa wydziału)

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

NIE

- jestem żołnierzem zawodowym, który podjął studia na podstawie skierowania przez właściwy organ wojskowy i otrzymał pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie wojskowej\*;  
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 Zarządzeniem nr 111/2022 Rektora Uniwersytetu Szczecińskiego z dnia 1 sierpnia 2022 r. w sprawie ustalenia Regulaminu zasad i trybu przyznawania świadczeń dla studentów i doktorantów Uniwersytetu Szczecińskiego w roku akademickim 2022/2023 i wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną\*;  
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 zobowiązuję się powiadomić o tych zmianach Komisję Stypendialną Doktorantów terminie 7 dni od ich zaistnienia\*;  
TAK NIE
- przyjmuję do wiadomości, że moje dane osobowe będą przetwarzane w procesie obsługi stypendium dla osób niepełnosprawnych na Uniwersytecie Szczecińskim, a ich przetwarzanie wynika z obowiązków sprawozdawczych, nakładanych przez obowiązujące prawo. Administratorem danych osobowych jest Uniwersytet Szczeciński z siedzibą w Szczecinie, Al. Jana Pawła II 22a, 70-453 Szczecin. Podstawę przetwarzania danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c) 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 (Dz.U.UE.L.2016.119.1). Obowiązki prawne wynikają z ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. Przepisy wprowadzające ustawę Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1669 ze zm.) w szczególności z art. 281 ust. 1 i 2; oraz wydanych we wskazanym zakresie aktów wykonawczych i regulacji wewnętrznych Uniwersytetu Szczecińskiego, w szczególności Regulaminu zasad i trybu przyznawania świadczeń dla studentów i doktorantów Uniwersytetu Szczecińskiego w roku akademickim 2022/2023\*;  
TAK NIE

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
CZYTELNY PODPIS DOKTORANTA

\* zakreśl właściwe w wyżej wymienionych punktach

<b>VI: WYPEŁNIA PRACOWNIK</b>	
UWAGI:	
_____ data, podpis i pieczęćka pracownika	
<b>VII: DECYZJA KOMISJI STYPENDIALNEJ DOKTORANTÓW</b>	
<b>STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH</b>	
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	_____ data, podpis i pieczęćka członka KS Doktorantów
KWOTA PRZYZNANEGO STYPENDIUM	
STYPENDIUM PRZYZNANE NA OKRES	
<b>VIII: DECYZJA ODWOŁAWCZEJ KOMISJI STYPENDIALNEJ</b>	
_____ data, podpis i pieczęćka członka OKS Doktorantów	