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

Nr sprawy: _____
Wniosek złożony dn. _____
_____
podpis i pieczątka pracownika

(część dla doktoranta)

Nr sprawy:
Wniosek złożony dn. _____
_____
podpis i pieczątka pracownika

WNIOSEK DO KOMISJI STYPENDIALNEJ DOKTORANTÓW O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH DLA DOKTORANTÓW W ROKU AKADEMICKIM 2020/2021

I: DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY
wypełnia wnioskodawca

Nazwisko i imię **doktoranta**: _____

Pesel: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Nr albumu: ☐☐☐☐

Adres do korespondencji: _____

Telefon kontaktowy: _____ adres e-mail: _____

Proszę o przekazanie przyznanych świadczeń pieniężnych na mój rachunek bankowy:

Nr 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:	☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
	☐ Stopień umiarkowany		☐ -ORZECZENIE BEZTERMINOWE
	☐ Stopień znaczny		

IV: DOKUMENTACJA DO WNIOSKU (*tylko w języku polskim*)
wypełnia wnioskodawca

Lista załączników:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

V: OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY O ŚWIADCZENIE W ROKU AKADEMICKIM 2020/2021
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.2020.111 t.j. ze zm.))**

- **ubiegam się o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych** na innych studiach doktoranckich, w tym na innej uczelni, jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Uniwersytet Szczeciński 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.2020.85 t.j. 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

- **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

- **studia doktoranckie (po raz pierwszy po uzyskaniu tytułu magistra) rozpoczęłam/ałem** __ __ - __ __- __ __ __ __
  (data rozpoczęcia studiów)

- jestem kandydatem na żołnierza zawodowego lub 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 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 postawie 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 świadczeń dla studentów i doktorantów Uniwersytetu Szczecińskiego w roku akademickim 2020/2021****;
  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 w terminie 7 dni od ich zaistnienia*;
  TAK ☐ NIE ☐

- przyjmuję do wiadomości, że moje dane osobowe będą przetwarzane w procesie obsługi stypendium na Uniwersytecie Szczecińskim, a ich przetwarzanie wynika z obowiązków sprawozdawczych, nakładanych przez obowiązujące prawo. Podstawę przetwarzania danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c 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). Obowiązki prawne wynikają z ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. Przepisy wprowadzające ustawę Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2020 r., poz. 85 t.j. ze zm.) w szczególności z art. 275; 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 2020/2021*;
  TAK ☐ NIE ☐

- wyrażam zgodę na przesyłanie przez Uniwersytet Szczeciński, na podany przeze mnie prywatny adres e-mailowy lub numer telefonu komórkowego, wiadomości tekstowych SMS, zawierających treści związane z procedowaniem wniosku o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych dla doktorantów w Uniwersytecie Szczecińskim*;
  TAK ☐ NIE ☐

- wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną*;
  TAK ☐ NIE ☐

_____ _____
(miejscowość, data) ***podpis doktoranta***
***zakreśl właściwe w wyżej wymienionych punktach**

VI: WYPEŁNIA PRACOWNIK	
UWAGI	_____ *data, podpis i pieczątka pracownika*

VII: DECYZJA KOMISJI STYPENDIALNEJ DOKTORANTÓW		
STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH		
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		_____ *data i podpis upoważnionego członka Komisji Stypendialnej Doktorantów*
ORZECZENIE WYDANE NA OKRES		
KWOTA PRZYZNANEGO STYPENDIUM		

VIII: DECYZJA ODWOŁAWCZEJ KOMISJI STYPENDIALNEJ DOKTORANTÓW	
	_____ *data i podpis upoważnionego członka Odwoławczej Komisji Stypendialnej Doktorantów*