Załącznik nr 2 do Regulaminu świadczeń dla studentów UMB, wprowadzony Zarządzeniem Rektora nr 82/2021

Data wpływu:

Wniosek do Wydziałowej Komisji Stypendialnej o przyznanie świadczeń na rok akademicki

stypendium socjalne

stypendium dla osób niepełnosprawnych

stypendium socjalne w zwiększonej wysokości

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# Nr konta bankowego

# Nazwisko i Imię:

# Imię ojca:

Nazwisko rodowe studentki:

PESEL:

Tel:

e-mail:

Miejsce zameldowania:

Adres do korespondencji:

Kierunek studiów: studia:  stacjonarne  niestacjonarne

Rok studiów:

Nr albumu:

**Oświadczam,** że rodzina moja składa się z niżej wymienionych osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Rodzaj pokrewieństwa | Data urodzenia | Miejsce zatrudnienia lub nazwa szkoły/uczelni |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

POUCZENIE:

• Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu świadczeń dla studentów UMB.

• Świadomy odpowiedzialności karnej, cywilno-prawnej i dyscyplinarnej oświadczam iż podane informacje o członkach gospodarstwa domowego i dochodach przez nich uzyskiwanych są zgodne z prawdą.

• Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości obowiązek zwrotu świadczeń nienależnie pobranych (ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce art. 307), tzn.:

* otrzymanych na podstawie nieprawdziwych danych,
* otrzymanych ze względu na brak powiadomienia Działu Spraw Studenckich o każdej zmianie sytuacji materialnej rodziny, mającej wpływ na wysokość świadczeń.

**□ stypendium dla osób niepełnosprawnych** – Wyrażam zgodę na przetwarzanie i przekazanie moich danych osobowych zawartych we wniosku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) do Biura Osób Niepełnosprawnych, w szczególności adresu poczty elektronicznej, w celu otrzymywania drogą elektroniczną wiadomości o charakterze informacyjnym .

* Oświadczam, że zapoznałem się z informacją, dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych podanych we wniosku   
  i załącznikach do wniosku, dostępną na stronie internetowej Uczelni pod linkiem <https://www.umb.edu.pl/s,408/Stypendia_studentom> oraz na tablicy ogłoszeń przed Działem Spraw Studenckich.

(miejscowość, data i podpis studenta)

**Wykaz składanych dokumentów – WYPEŁNIA STUDENT!**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | na dzień złożenia wniosku : | ilość | Dokumenty uzupełniające | ilość |
| 1. | Zaświadczenia z Urzędu Skarbowego o dochodach |  |  |  |
| 2. | Oświadczenia o dochodach niepodlegających opodatkowaniu |  |  |  |
| 3. | Oświadczenie o dochodach z prowadzonej działalności gospodarczej |  |  |  |
| 4. | Zaświadczenie z Urzędu Pracy o bezrobociu |  |  |  |
| 5. | Zaświadczenia rodzeństwa ze szkoły lub szkoły wyższej |  |  |  |
| 6. | Zaświadczenie z Gminy o wielkości gospodarstwa rolnego |  |  |  |
| 7. | Zaświadczenie z ZUS-u/KRUS-u albo oświadczenie  o faktycznie odprowadzonych składkach na ubezpieczenie zdrowotne (załącznik nr 10) |  |  |  |
| 8. | Inne |  |  |  |

Podpis studenta: