Data złożenia wniosku ..... Podpis pracownika Działu ..... Nr wniosku: APD5- ..... -541- ...../20.....

Nazwisko i imię studenta	**PESEL** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Nr albumu …… **Wydział** …… **Kierunek** …… **Rok studiów** …..... w roku akad: 20..../20.... **Tryb studiów:** stacjonarne **/** niestacjonarne – wieczorowe, zaoczne **)* **Rodzaj studiów:** jednolite magisterskie **/** pierwszego stopnia **/** drugiego stopnia **)* **Status studenta:** *bez warunku; warunkowo; na urlopie dziekańskim, zdrowotnym; powtarzam…….. rok studiów *)* ****)*** *właściwe zakreślić*	***adres stałego zameldowania*** */kod poczt., miejscowość, ulica, województwo./* …… …… ***adres do korespondencji*** */kod poczt., miejscowość, ulica, województwo./* …… …… Telefon kontaktowy …….. Adres e-mail ……..

WNIOSEK O PRZYZNANIE
STYPENDIUM SPECJALNEGO DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Uzasadnienie:

1. Jestem osobą niepełnosprawną w stopniu : lekkim / umiarkowanym / znacznym *(właściwe zaznaczyć)*
2. Kod niepełnosprawności .....
3. Niepełnosprawność ma charakter : stały / okresowy od ..... do .....
4. Do wniosku dołączam orzeczenie o niepełnosprawności.

Oświadczenie studenta

1. Nie studiuję równocześnie na innym kierunku studiów (*jeśli tak, należy podać uczelnię, wydział, kierunek i rok studiów* .....
.....);
nie pobieram i nie będę ubiegać się o w/w świadczenie pomocy materialnej na innym kierunku studiów WUM lub na innej uczelni.

2. Nie ukończyłem/am innego kierunku studiów (*jeśli tak, należy podać uczelnię, wydział, kierunek, rodzaj studiów [licencjackie / magisterskie] i rok ukończenia*
.....
.....).

3. Znane mi są przepisy dotyczące zakazu pobierania stypendiów na drugim kierunku studiów oraz obowiązku zwrotu nienależnie pobranych świadczeń otrzymanych na podstawie nieprawdziwych danych podanych we wniosku.

4. Zapoznałem/am się z Regulaminem ustalania wysokości, przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej dla studentów WUM.

5. W przypadku zmiany mającej wpływ na prawo do otrzymywania w/w świadczenia pomocy materialnej lub rezygnacji ze studiów zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie Dział Obsługi Studentów.

6. Jestem świadomy / świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: tekst jednolity Dz. U. z 2014: poz.1182 z późn.zm. oraz przepisami wewnętrznymi obowiązującymi na WUM, wyłącznie w celu i w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia i realizacji wniosku o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych.

8. Wiem, że przysługuje mi prawo do wglądu i poprawiania moich danych osobowych.

Proszę o dokonanie przelewu przyznanego stypendium na mój rachunek bankowy:

.....
data i czytelny podpis studenta

Potwierdzenie odbioru decyzji:

Decyzję Komisji Stypendialnej Studentów WUM odebrałem / odebrałam w dniu .....

.....
czytelny podpis studenta

Decyzja Komisji Stypendialnej Studentów WUM wysłana przez kancelarię WUM w dniu .....

„za potwierdzeniem odbioru” : APD5-0734-...../20.....