

Data złożenia wniosku Podpis pracownika Działu Nr wniosku: APD5- -546/541-/20.....

Nazwisko i imię doktoranta	PESEL <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
Nr albumu Wydział Rok studiów w roku akad: 20...../20..... Tryb studiów: stacjonarne / niestacjonarne *) Status doktoranta: na urlopie zdrowotnym / przedłużenie studiów *) Data rozpoczęcia studiów doktoranckich Data regulaminowego zakończenia studiów doktoranckich *) 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 PRYZNANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Uzasadnienie:

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

Oświadczenie doktoranta

- Nie studiuje 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.
- Nie ukończyłem/am innego kierunku studiów doktoranckich (*jeśli tak, należy podać uczelnię, wydział, kierunek, i rok ukończenia*).
- 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.
- Zapoznałem/am się z Regulaminem ustalania wysokości, przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej dla doktorantów WUM. 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.
- Jestem świadomy / świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- 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).
- 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 doktoranta**Potwierdzenie odbioru decyzji:**

Decyzję Komisji Stypendialnej Doktorantów WUM odebrałem / odebrałam w dniu

.....
czytelny podpis doktoranta

Decyzja Komisji Stypendialnej Doktorantów WUM wysłana przez kancelarię WUM w dniu

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