Załącznik nr 1

do ogłoszenia o naborze wniosków

# WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM

*\* Formularz wniosku należy wypełnić komputerowo*

## Dane osobowe Studenta

**Imię (imiona) i nazwisko:**

................................................................................................

**Data urodzenia**: ………………………….. (rrrr/mm/dd)

**Miejsce urodzenia:**

Kraj: ............................................... Województwo: .......................................................

Powiat: …………………….……….. Gmina: …………………………………………………

Miejscowość: ……………………….

PESEL lub seria i nr paszportu w przypadku braku posiadania nr PESEL ………………………………………………………………………………………...

**Miejsce stałego miejsca zamieszkania:**

Kraj: ............................................... Województwo: .......................................................

Powiat: …………………….……….. Gmina: …………………………………………………

Miejscowość: ………………………. Kod pocztowy: …… - …………..

Ulica: ……………… Nr domu ……………….. Nr mieszkania: …………………..

**Adres do korespondencji:** podać, jeśli jest inny niż miejsce stałego zamieszkania:

Kraj: ............................................... Województwo: .......................................................

Powiat: …………………….……….. Gmina: …………………………………………………

Miejscowość: ………………………. Kod pocztowy: …… - …………..

Ulica: ……………… Nr domu ……………….. Nr mieszkania: …………………..

**Nr rachunku bankowego:**

……………………………………………………………………………………………..

## Dane uczelni, w której student kształci się na kierunku lekarskim oraz dotyczące spełnienia innych kryteriów

Pełna nazwa uczelni (adres uczelni, miejscowość, kod pocztowy, poczta):

…………………………………………………………………………………………………..........................................................................................................................................

Średnia ocen z egzaminów za ostatni rok akademicki poprzedzający rok złożenia wniosku   
(obliczana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, bez zaokrągleń): …………………………………………………………………………………………………..

Rok studiów: …………………………………………………………………………………..

## Dane dotyczące wyboru specjalizacji lekarskiej priorytetowych dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Leżajsku - wyboru należy dokonać z listy lekarskich specjalizacji priorytetowych podanych w ogłoszeniu o naborze wniosków

Wybór lekarskiej specjalizacji priorytetowej …………………………….………………………………………..

## ****Oświadczenie:****

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

1. Podane przeze mnie dane osobowe są zgodne ze stanem faktycznym,
2. Zapoznałem/am się z treścią Regulaminu przyznawania stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim oraz akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do ich przestrzegania,
3. Akceptuję projekt umowy o przyznanie stypendium stanowiący załącznik nr 2 do ogłoszenia o naborze wniosków o przyznanie stypendium.

| ……………………………… (data) | …………………………………………………………………………………..… (czytelny podpis Wnioskodawcy wyrażającego zgodę) |
| --- | --- |

## Wykaz załączników do wniosku

Do wniosku należy dołączyć:

1. zaświadczenie z uczelni o statusie studenta,
2. zaświadczenie z uczelni o średniej ocen z egzaminów wnioskodawcy, uzyskanej za ostatni rok akademicki poprzedzający rok złożenia wniosku,
3. oświadczenie o zobowiązaniu się do podjęcia zatrudnienia – załącznik nr 1,
4. oświadczenie o niekorzystaniu z urlopów – załącznik nr 2,
5. oświadczenie o zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu Powiatu Leżajskiego   
   o odbywanej specjalizacji priorytetowej w SP ZOZ w Leżajsku – załącznik nr 3,
6. oświadczenie o zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu Powiatu Leżajskiego  
   o odpracowaniu stypendium – załącznik nr 4.

| …………….………………………  (data) | …………………………………………………………………………………..  (czytelny podpis Wnioskodawcy) |
| --- | --- |

## Wypełnia komisja ds. rozpatrzenia wniosków o przyznanie stypendium

Komisja proponuje przyznanie stypendium w kwocie **2500,00 zł** miesięcznie,

na okres …………. miesięcy.

Wniosek odrzucony z powodu ………………………………………….……………………………

………………………………………….…………………………………………….………………..…

………………………………………….…………………………………………….………………..…

……………………………………………………..…………

podpis Przewodniczącego Komisji

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 z późn. zm.) – zwanego dalej RODO informuje się, że:

* Administratorem danych osobowych jest Starosta Leżajski z siedzibą: ul. Kopernika 8, 37-300 Leżajsk, tel. 172404530;
* Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem email: iod@starostwo.lezajsk.pl;
* Dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku oraz zawarcia i realizacji umowy o przyznanie stypendium studentom kształcącym się na kierunku lekarskim;
* Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy) oraz art. 6 ust. 1 lit. e RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi) w związku z art. 96 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz Uchwałą Nr LXXXIV/405/2023 Rady Powiatu Leżajskiego z dnia 27 października 2023 r. w sprawie określenia zasad przyznawania stypendium studentom kształcącym się na kierunku lekarskim;
* Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
* Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane oraz w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych;
* Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
* Osoba, której dane dotyczą ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
* Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia wniosku, zawarcia i realizacji umowy o przyznanie stypendium. Odmowa podania danych jest równoznaczna z brakiem możliwości przyznania stypendium;
* Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Załącznik nr 1

do wniosku o przyznanie stypendium

………………………………………

*miejscowość i data*

*Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………..*

*Adres stałego zamieszkania: ………………………………………………………*

*Telefon kontaktowy/e-mail: ………………………………..………………….……*

# OŚWIADCZENIE

# zawierające zobowiązanie do podjęcia zatrudnienia

Ja, niżej podpisany/na oświadczam, że po uzyskaniu pełnego prawa do wykonywania zawodu, jednak nie później niż przed upływem 6 miesięcy po jego uzyskaniu, podejmę zatrudnienie   
w pełnym wymiarze czasu pracy, w ramach stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, w ramach lekarskiej specjalizacji priorytetowej wskazanej przeze mnie we wniosku   
o przyznanie stypendium w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Leżajsku, na okres pracy[[1]](#footnote-1)………………….

Jednocześnie oświadczam, że znane są mi zapisy Regulaminu przyznawania stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim i skutki prawne wynikające z niewywiązania się z ww. zobowiązania.

………….…………………………………

*(data i czytelny podpis studenta)*

Załącznik nr 2

do wniosku o przyznanie stypendium

………………………………………

*miejscowość i data*

*Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………..*

*Adres stałego zamieszkania: ………………………………………………………*

*Telefon kontaktowy/e-mail: ………………………………..………………….……*

# OŚWIADCZENIE

# o niekorzystaniu z urlopów

Ja, niżej podpisany/na oświadczam, że na dzień składania wniosku o przyznanie stypendium nie korzystam z urlopów określonych w regulaminie studiów.

Jednocześnie oświadczam, że znane są mi zapisy Regulaminu przyznawania stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim i skutki prawne wynikające z niewywiązania się z ww. zobowiązania.

………….…………………………………

*(data i czytelny podpis studenta)*

Załącznik nr 3

do wniosku o przyznanie stypendium

………………………………………

*miejscowość i data*

*Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………..*

*Adres stałego zamieszkania: ………………………………………………………*

*Telefon kontaktowy/e-mail: ………………………………..………………….……*

# OŚWIADCZENIE

# o zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu Powiatu Leżajskiego o rozpoczęciu specjalizacji

Ja, niżej podpisany/na zobowiązuję się do poinformowania Zarządu Powiatu Leżajskiego o podjęciu zatrudnienia w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Leżajsku na specjalizacji …………………………………………….. w terminie 30 dni od dnia zatrudnienia   
w ww. podmiocie.

Jednocześnie oświadczam, że znane są mi zapisy Regulaminu przyznawania stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim i skutki prawne wynikające z niewywiązania się z ww. zobowiązania.

………….…………………………………

*(data i czytelny podpis studenta)*

Załącznik nr 4

do wniosku o przyznanie stypendium

………………………………………

*miejscowość i data*

*Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………..*

*Adres stałego zamieszkania: ………………………………………………………*

*Telefon kontaktowy/e-mail: ………………………………..………………….……*

# OŚWIADCZENIE

# o zobowiązaniu się do poinformowania o odpracowaniu stypendium

Ja, niżej podpisany/na zobowiązuję się do poinformowania Zarządu Powiatu Leżajskiego o odpracowaniu stypendium w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Leżajsku na specjalizacji

……………………………………………………………………………..………………….

w terminie 30 dni od dnia zakończenia odpracowania stypendium.

Jednocześnie oświadczam, że znane są mi zapisy Regulaminu przyznawania stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim i skutki prawne wynikające z niewywiązania się z ww. zobowiązania.

………….…………………………………

*(data i czytelny podpis studenta)*

1. 1) 2 lat, gdy Student pobiera stypendium od VI roku studiów,

   2) 3 lat, gdy Student pobiera stypendium od V roku studiów,

   3) 4 lat, gdy Student pobiera stypendium od IV roku studiów [↑](#footnote-ref-1)