

**WNIOSEK O UDZIELENIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ROKU
AKADEMICKIM 201.../.....
(WNIOSEK NALEŻY UZUPEŁNIĆ CZYTELNIÉ – DRUKOWANYMI LITERAMI)**

.....
IMIÉ I NAZWISKO

.....
.....

NAZWA ZAKŁADU I LABORATORIUM

.....

ROK STUDIÓW

.....

NUMER LEGITYMACJI

.....

TELEFON KONTAKTOWY

.....

.....

.....

ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA I KORESPONDENCYJNY (JEŻELI INNY NIŻ
ZAMELDOWANIA)

PRYZNANE ŚWIADCZENIA PROSZÉ PRZELAĆ NA RACHUNEK BANKOWY:

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

W BANKU

.....

Proszé o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych na podstawie Regulaminu świadczeń dla doktorantów IITD PAN.

.....
podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że:

1. Studiuję/nie studiuję* równocześnie na drugim kierunku studiów w:

.....
.....

(nazwa Uczelni, wydział, kierunek, tryb i rok studiów, przewidziany regulaminem uczelni planowany termin ukończenia studiów)

2. Nie pobieram i nie ubiegam się o przyznanie stypendium na innym kierunku studiów/uczelni*.

3. W przypadku otrzymania świadczeń pomocy materialnej na innym kierunku lub uczelni, fakt ten zgłoszę niezwłocznie do Komisji Stypendialnej a nienależnie pobrane świadczenia zostaną przeze mnie zwrócone.

4. Jestem/nie jestem* równocześnie uczestnikiem innych studiów doktoranckich w:

.....
.....

(nazwa Uczelni/Instytutu naukowego, wydział, kierunek, tryb i rok studiów, przewidziany regulaminem uczelni/instytutu planowany termin ukończenia studiów)

5. Ukończyłem/am* studia doktoranckie w:

.....
.....

(nazwa Uczelni/Instytutu naukowego, wydział, kierunek, tryb i termin ukończenia studiów)

6. Nie pobieram i nie ubiegam się o przyznanie stypendium na innych studiach doktoranckich, zarówno w IITD, jak i w innej Uczelni bądź Instytucie naukowym*.

7. W przypadku otrzymania świadczeń pomocy materialnej na innych studiach doktoranckich, również poza IITD, fakt ten zgłoszę niezwłocznie do Komisji Stypendialnej, a nienależnie pobrane świadczenia zostaną przeze mnie zwrócone.

8. Zapoznałem/am* się z Regulaminem przyznawania pomocy materialnej doktorantom IITD.

* - niepotrzebne skreślić

Świadomy odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych – łącznie z możliwością wydalenia mnie z Instytutu i konieczności zwrotu nieprawnie pobranych środków finansowych oraz odpowiedzialności karnej z art. 286 § 1 k.k. kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty oraz dane w nich zawarte są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

Jeżeli w dokumentach zawarte są dane, o których mowa w art. 9 ust. 1 RODO konieczna jest Państwa zgoda na ich przetwarzanie, która może zostać odwołana w dowolnym czasie. Na podstawie przepisów zawartych w:

- art. 221 ustawy z 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. 2018 poz. 917 ze zm.);
- art. 6 ust. 1 lit. b 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.) (dalej: RODO);
- art. 6 ust. 1 lit a RODO;
- art. 6 ust. 1 lit a RODO;
- art. 9 ust. 2 lit. a RODO
- ustawą z 10 maja 2018 r.(Dz.U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.) o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej danych osobowych zawartych we wniosku.

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

Wypełnia członek Komisji Stypendialnej

Potwierdzam złożenie wniosku z kompletem załączników:

.....

Data złożenia podania:

Podpis członka Komisji Stypendialnej

Załączniki:

.....

.....

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