ZAŁĄCZNIK NR 10

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię | | | | Nr albumu | |
| Nazwisko panieńskie | | | Imiona rodziców | | |
| Kierunek studiów | | | PESEL | | |
| Rok studiów | System studiów\*: stacjonarne / niestacjonarne | | | | |
| Tryb studiowania\*: pierwszego stopnia / drugiego stopnia / jednolite magisterskie / trzeciego stopnia | | | | | |
| Adres stałego zamieszkania  ………………………........................................................................................................................................... - ……………..…………………………………… | | | | |  |
| Tel kontaktowy …………………………………………………………………………  e-mail………………………………………………...………………………………..... | | Obywatelstwo ………………………………………………………….……………… | | |  |

**Przyznane świadczenie pieniężne proszę o przekazanie na konto, którego jestem właścicielem:**

**nr rachunku :**

**WNIOSEK**

**do Wydziałowej Komisji Stypendialnej o przyznanie**

**stypendium dla osób niepełnosprawnych na rok akademicki………………**

**Na dzień składania wniosku**:

1. studiuję dodatkowo nie / tak\*

studia I stopnia / studia II stopnia / jednolite magisterskie\*

……………………………………………………………………………………

podać nazwę uczelni, kierunek i rok studiów

1. ukończyłem/am studia nie / tak\*

studia I stopnia / studia II stopnia / jednolite magisterskie\*

……………………………………………………………………………………

podać nazwę uczelni, kierunek i rok ukończenia

1. studiowałem/am na studiach nie / tak\* (podać wszystkie studiowane dotychczas kierunki: nazwę uczelni, kierunek i okres studiowania) I stopnia ……………….……………………………………………………….

II stopnia ……………………………………………………………………….  
 jednolite magisterskie ………………………………………………………..

1. nie ubiegam się i nie będę ubiegał/a się o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku studiów.

**Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności zaliczył mnie do\*:**

lekkiego

umiarkowanego

znacznego stopnia niepełnosprawności

**Orzeczony stopień niepełnosprawności ma charakter\*:**

trwały i orzeczenie wydano na stałe

tymczasowy i orzeczenie wydano na okres do ……………………

**Moja niepełnosprawność wynika z dysfunkcji narządu\*:**

słuchu ruchu- chodzący/niechodzący\*

wzroku inne

**OŚWIADCZENIE**

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji – art. 233 § 1 kk („kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postepowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”), odpowiedzialności na podstawie art. 286 kk – „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” oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej oświadczam ,że:

- podane przeze mnie dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym,

- zapoznałem/am się z obowiązującym Regulaminem Świadczeń dla studentów Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie;

Ponadto wyrażam zgodę na potrącenie nienależnie pobranych świadczeń z otrzymywanych stypendiów oraz zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń. Za nienależnie pobrane świadczenia uważa się: świadczenie pomocy materialnej wypłacone mino zaistnienia okoliczności powodujących ustanie lub wstrzymanie prawa do świadczeń pomocy materialnej oraz świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie fałszywych zeznań lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd przez studenta.

Zgodnie z art. 13 *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, dalej* *„RODO”)* informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie ul. Akademicka 13, 20-950 Lublin, reprezentowany przez Rektora.

2. Uniwersytet Przyrodniczy wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. Kontakt z Inspektorem możliwy jest przez e-mail: [anna.buchlinska@up.lublin.pl](mailto:anna.buchlinska@up.lublin.pl), pod nr telefonu 81 445 60 12 lub bezpośrednio pod adresem ul. Akademicka 13, 20-950 Lublin pok. nr 474 C.

3. Pani / Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu dokumentowania przebiegu przyznawania stypendium dla osób niepełnosprawnych i nie będą udostępniane innym odbiorcom.

4. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do rozpatrzenia wniosku oraz przyznania stypendium dla osób niepełnosprawnych.

5. Przysługuje Pani / Panu zgodnie z RODO: prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii; prawo do sprostowania i uzupełnienia swoich danych; prawo do usunięcia danych osobowych lub ograniczenia przetwarzania tylko w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa; prawo do uzyskania informacji oraz prawo do wniesienia skargi do Prezes UODO (na adres Urzędu ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa);

Ja niżej podpisana/-y wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora zawartych w przedstawionej dokumentacji, w tym danych członków rodziny w celu realizacji procedury przyznania stypendium dla osób niepełnosprawnych.

Administrator informuje, że niniejsza zgoda może być wycofana w każdym czasie a wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

……...……………………………..

data i podpis studenta

\*właściwe zaznaczyć