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

Załącznik Nr 2a do Zarządzenia Nr 34/2013 Rektora WUM z dnia 23.05.2013 r.

Nazwisko i imię doktoranta	**PESEL**
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 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 doktoranta

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.
2. Nie ukończyłem/am innego kierunku studiów doktoranckich *(jeśli tak, należy podać uczelnię, wydział, kierunek, 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 doktorantów WUM, wprowadzonym na mocy Zarządzenia Rektora nr 54/2011 z dnia 21 września 2011 r. (z późn.zm.)
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: Dz. U. z 2002 nr 101, poz. 926 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 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.....