



Osoba przyjmująca wniosek:	Data przyjęcia wniosku:	DECYZJA:	Nr wniosku:
-------------------------------------	----------------------------------	-------------------	----------------------

WYŻSZA SZKOŁA HANDLOWA W RADOMIU

WNIOSEK O PRYZNANIE ZAPOMOZI

na rok akademicki 2019/2020

Nazwisko:		Imię:		Nr albumu:					
Tryb studiów *)	<input type="checkbox"/>	stacjonarne	<input type="checkbox"/>	niestacjonarne					
Rodzaj studiów *)	<input type="checkbox"/>	I stopnia (licencjackie / inżynierskie)	<input type="checkbox"/>	II stopnia (magisterskie) magisterskie	<input type="checkbox"/>	jednolite			
Rok studiów:				Kierunek:					
<small>(proszę wpisać na którym roku studiów Pan/Pani jest, np. I, II, III)</small>									
Tel. kontaktowy: e-mail:									
<u>Adres zamieszkania wnioskodawcy (do korespondencji)</u>									
.....									
ulica, nr domu/mieszkania					miejscowość				
.....									
kod pocztowy					województwo				

* właściwie zakreślić (X)

W związku z
(podać rodzaj zdarzenia losowego)

wnoszę o przyznanie zapomogi w roku akademickim 2019/2020.

Do wniosku dołączam:

1.
2.
3.
4.
5.

.....
imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

OŚWIADCZENIE

o okresie pobierania świadczeń dla studentów oraz o niepobieraniu zapomogi na innym kierunku studiów przez studenta składającego wniosek o przyznanie świadczenia

Niniejszym oświadczam iż:

1. nie studiuje / studiuje* równocześnie w innej uczelni lub na innym kierunku studiów w WSH (jeśli tak, należy podać uczelnię, wydział, kierunek i rok studiów:
.....
.....)
i nie ubiegam się poza WSH ani w WSH na innym kierunku studiów o przyznanie stypendium socjalnego lub stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości i takich form pomocy nie otrzymuję,
2. nie ukończyłem/łam*/ ukończyłem/łam* studia w WSH lub w innej uczelni (jeśli tak, należy wymienić wszystkie ukończone kierunki studiów, uczelnie, wydziały, rodzaje studiów – licencjackie/magisterskie i rok ukończenia:
.....
.....)
3. znane mi są przepisy dotyczące zakazu pobierania stypendiów na drugim kierunku studiów oraz wynikającego z nich obowiązku zwrotu świadczeń nieprawnie pobieranych, znane mi są przepisy dotyczące maksymalnego okresu pobierania świadczeń dla studentów (6 lat) i oświadczam, że Mój łączny okres przysługiwania świadczeń** wynosi..... (lat/miesiące)
4. Oświadczam, że jestem / nie jestem* kandydatem na żołnierza, żołnierzem zawodowym, funkcjonariuszem służb państwowych w służbie kandydackiej lub funkcjonariuszem służb państwowych***

*) niepotrzebne skreślić

***) w opinii Ministerstwa, art. 93 ust. 2 pkt 1 KDN określa łączny okres (nieprzekraczający 6 lat kalendarzowych, tj. 72 miesiące), w której danej osobie przysługuje możliwość ubiegania się o świadczenia w ramach studiów – niezależnie od ich rodzaju i długości trwania, jak też uczelni na których są odbywane

****) jeśli zaznaczono JESTEM (obligatoryjnie wypełniamy załącznik nr 17)

Radom, dnia

.....
(własnoręczny podpis studenta)

.....
imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

OŚWIADCZENIE

**kandydata na żołnierza, żołnierza zawodowego, funkcjonariusza służb państwowych
w służbie kandydackiej lub funkcjonariusza służb państwowych**

Niniejszym oświadczam iż:

1. **Nie podjęłam / nie podjąłem** studiów na podstawie skierowania przez właściwy organ wojskowy i **nie otrzymałam / nie otrzymałem** pomocy w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych*,
2. **Nie podjęłam / nie podjąłem** studiów na podstawie skierowania lub zgody właściwego przełożonego i **nie otrzymałam / nie otrzymałem** pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie*.

* dotyczy kandydatów na żołnierza lub żołnierzy zawodowych

* dotyczy funkcjonariuszy służb państwowych w służbie kandydackiej lub funkcjonariuszy służb państwowych

Radom, dnia

.....
(własnoręczny podpis studenta)

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA STUDENTA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Komisja Stypendialna Wyższej Szkoły Handlowej w Radomiu informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wyższa Szkoła Handlowa z siedzibą w Radomiu przy ul. Mazowieckiego 7A zwany dalej Administratorem; Administrator prowadzi operacje przetwarzania następujących kategorii Pani/Pana danych osobowych:

- ✓ Podstawowe dane osobowe
- ✓ Dane dotyczące sytuacji materialnej, osobistej, zdrowotnej, socjalno - bytowej
- ✓ Dane osobowe szczególnych kategorii tj. dotyczących niepełnosprawności

1. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iodo@wsh.pl
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu w celu przeprowadzenia procesu przyznawania zapomogi.
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa w związku z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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),
4. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
5. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania studiów i/lub w celach archiwalnych zgodnie z właściwymi przepisami prawa.

ZGODA STUDENTA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH:

Oświadczam, że zapoznałem się z „klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych”. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia postępowania w przedmiocie przyznania zapomogi losowej zgodnie z Rozporządzeniem 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.

.....
/miejsowość, data i czytelny podpis studenta składającego podanie