WNIOSEK O PRZYZNANIE MIEJSCA W DOMU STUDENCKIM
w Akademii Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu
w roku akademickim …

Wypełnia specjalista ds. socjalnych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr wniosku | Data złożenia wniosku | Podpis przyjmującego | Uwagi |
| DS/ |  |  |  |

Wypełnia student/doktorant

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko |  | Imię |  |
| PESEL |  | Data urodzenia |  | Obywatelstwo |  |
| Wydział(WNKF/WNOZ/ZWKF) |  | Stopień studiów |  |
| Kierunek  |   | Rok studiów |  |
| Tryb studiów |  | Nr albumu |  |
| **Adres stałego miejsca zamieszkania:** |
| Ulica |  | Nr domu |  | Nr mieszkania |  |
| Kod pocztowy |  | Miasto |  | Obywatelstwo |  |
| Nr telefonu |  | Adres e-mail |  |
| **Dane dotyczące dojazdu ze stałego miejsca zamieszkania do Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu** |
| Liczba środków komunikacji | ok: | Rodzaj środków komunikacji |  |
| Odległość od Uczelni | ok: km | Czas dojazdu | ok: godzin  |
| **Dodatkowe informacje przy ubieganiu się o stypendium w zwiększonej wysokości:** |
| Osierocenie do 26 r.ż. ? | TAK/NIE\* |
| Osiągnięcie pełnoletności w pieczy zastępczej lub w domu dziecka? | TAK/NIE |
| Czy posiadasz klasę sportową (MM/I/II)? | TAK/NIE | Podaj klasę: |  |
| Czy posiadasz orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? | TAK/NIE |
| Podaj stopień niepełnosprawności oraz datę jej ważności: |   |

**\***Niepotrzebne skreślić

**DODATKOWE UZASADNIENIE WNIOSKU Z OPISEM SYTUACJI MATERIALNEJ ORAZ MIESZKANIOWEJ:**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

1. Zapoznałam/em się z Regulaminem Domu Studenckiego Akademii Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu.
2. Zapoznałam/em się z warunkami wymaganymi do przyznania miejsca w Domu Studenckim Akademii Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu.
3. Przedstawione przeze mnie oświadczenie oraz dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

*……………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………… miejscowość, data czytelny podpis*

**KLAUZULA ZGODY**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji w celach związanych z rozpatrzeniem wniosku stypendialnego. Podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit a. 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(RODO). Oświadczam, że wobec mnie Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu spełniła obowiązek informacyjny wynikający z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119
z 04.05.2016).

*……………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………… miejscowość, data czytelny podpis*

Wypełnia Komisja Stypendialna

|  |
| --- |
| **DECYZJA KOMISJI STYPENDIALNEJ** |
| POZYTYWNIE ROZPATRZONO WNIOSEK | NEGATYWNIE ROZPATRZONO WNIOSEK |
| Przyznano miejsce na okres:OD  DO | Uzasadnienie: |
| *data i podpis przewodniczącego Komisji* | *data i podpis przewodniczącego Komisji* |