WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH  
w Akademii Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu  
w roku akademickim …

Wypełnia specjalista ds. socjalnych

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr wniosku | Data złożenia wniosku | Podpis przyjmującego | Liczba złożonych dokumentów | Uwagi |
| KS/ |  |  |  |  |

Wypełnia student/doktorant

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko |  | | Imię |  | | | |
| PESEL |  | | Data urodzenia |  | | Obywatelstwo |  |
| Wydział(WNKF/WNOZ/ZWKF) |  | | Stopień studiów |  | | | |
| Kierunek |  | | Rok studiów |  | | | |
| Tryb studiów |  | | Nr albumu |  | | | |
| Nr telefonu |  | | Adres e-mail |  | | | |
| **Informacje dotyczące niepełnosprawności:** | | | | | | | |
| Stopień niepełnosprawności\*: | Lekki Umiarkowany Znaczny | Od: | | | Do: | | |
| **Przyznane świadczenie proszę przelać na rachunek bankowy:** | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   Nazwa banku: ……………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | |

\*Niepotrzebne skreślić

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

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

1. Zapoznałam/em się z Regulaminem Świadczeń dla Studentów Akademii Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu.
2. Nie studiuję/studiuję\* równocześnie na innym kierunku ………………………………………………………………………………………….
3. Nie ukończyła/łem do tej pory studiów na stopniu, na którym studiuję obecnie.
4. Oświadczam, że po maturze realizowałam/em następujące studia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Okres studiowania od-do (miesiąc/rok)** | **Ilość rozpoczętych semestrów** | **Nazwa uczelni** | **Kierunek studiów** | **Poziom studiów  (I/II stopnia/j. magisterskie)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*niepotrzebne skreślić

1. Jestem świadom, że student może pobierać świadczenie tylko na jednym kierunku studiów.
2. Jestem świadom, że łączny okres, przez który przysługuje świadczenie wynosi 12 semestrów, bez względu na ich pobieranie, z zastrzeżeniem że w ramach tego okresu świadczenia przysługują na studiach:

* pierwszego stopnia - nie dłużej niż przez 9 semestrów;
* drugiego stopnia - nie dłużej niż przez 7 semestrów.
* łączny okres, o którym mowa wyżej, jest dłuższy o 2 semestry w przypadku, gdy student podjął jednolite studia magisterskie, których czas trwania określony w przepisach prawa wynosi 11 albo 12 semestrów.

1. W przypadku otrzymania stypendium na innym kierunku lub innej uczelni zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić pisemnie o tym fakcie Komisję Stypendialną oraz wyrażam zgodę na zmianę/uchylenie decyzji stypendialnej   
   w rozumieniu art. 155 KPS.
2. Zapoznałem(am) się z warunkami wymaganymi do otrzymania stypendium dla osób niepełnosprawnych.
3. Niezwłocznie powiadomię o wszystkich zmianach mających wpływ na prawo do świadczenia.
4. Przedstawione przeze mnie oświadczenie oraz dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym.
5. 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*

**POUCZENIE**

Student ma obowiązek dołączyć do wniosku wszystkie dokumenty potwierdzające niepełnosprawność.

Akademia Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu zastrzega sobie prawo zwrócenia się do właściwych instytucji o sprawdzenie załączonego orzeczenia o niepełnosprawności wnioskodawcy w przypadku budzącym zastrzeżenie.

Wypełnia Komisja Stypendialna

|  |  |
| --- | --- |
| **DECYZJA KOMISJI STYPENDIALNEJ W SPRAWIE PRZYZNANIA STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ** | |
| POZYTYWNIE ROZPATRZONO WNIOSEK | NEGATYWNIE ROZPATRZONO WNIOSEK |
| Przyznano stypendium dla osób niepełnosprawnych  OD:    DO: | Uzasadnienie: |
| *data i podpis przewodniczącego Komisji* | *data i podpis przewodniczącego Komisji* |