*Załącznik nr 2 do uchwały nr 3768/2020*

*Zarządu Województwa Opolskiego*

*z dnia 23 listopada 2020 r.*

**WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DLA STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO W ROKU AKADEMCIKIM 202…./202….**  **Wypełnia student** | | | | | |
| Data i miejsce wypełnienia wniosku | | | |  | |
| Nazwisko | | | |  | |
| Imię (imiona) | | | |  | |
| Imię ojca | | | |  | |
| Imię matki | | | |  | |
| Nazwa uczelni | |  | | | |
| Rozpoczynany rok studiów | | | |  | |
| Średnia ocen za ostatni rok akademicki | | | |  | |
| PESEL | | | | Tel.: | |
| Adres e-mail: |  | | | | |
| ***Miejsce stałego zamieszkania*** | | | | | |
| ulica | | | | nr domu/  mieszkania | |
| miejscowość | | | | powiat | |
| kod pocztowy | - | | województwo | |  |
| ***Miejsce zamieszkania w dacie rozpoczęcia studiów*** | | | | | |
| ulica | | | | nr domu/  mieszkania | |
| miejscowość | | | | powiat | |
| kod pocztowy | - | | województwo | |  |
| **Oświadczam, że:**  1. powyższe dane są prawdziwe,  2. akceptuję wzór umowy o przyznanie stypendium stanowiący załącznik do ogłoszenia o naborze wniosków,  3. znane mi są zapisy uchwały Nr XXIII/230/2020Sejmiku Województwa Opolskiego z dn. 27 października 2020r.(Dz. Urz. Woj. Op. 2020. 2892) *w sprawie stypendium przyznawanego przez Województwo Opolskie studentom kształcącym się na kierunku lekarskim,*  4. w przypadku przyznania mi stypendium zobowiązuję się do:   1. zrealizowania stażu podyplomowego na terenie Województwa Opolskiego, a następnie podjęcia pracy w podmiocie leczniczym, którego podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie, inna jednostka samorządu terytorialnego na terenie województwa opolskiego, właściwy minister lub Uniwersytet Opolski, zgodnie z podpisaną umową, na okres pracy odpowiadający okresowi pobierania stypendium, liczony pełnymi latami. 2. podjęcia pracy niezwłocznie po zakończeniu nauki objętej programem studiów na kierunku lekarskim, po odbyciu stażu podyplomowego oraz po uzyskaniu pełnego prawa do wykonywania zawodu, jednak nie później niż 3 miesiące po jego uzyskaniu   preferowany podmiot leczniczy................................................................................................  c) dokonania wyboru specjalizacji lekarskiej, która jest deficytowa w podmiocie leczniczym, w którym podejmę zatrudnienie,  5. zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) - wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla potrzeb naboru i realizacji umowy o przyznanie stypendium  **Do wniosku załączam:**  1. zaświadczenie z uczelni o statusie studenta wraz z informacją o realizowaniu przez studenta nauki zgodnie z planem studiów, w tym korzystaniu z urlopów określonych w regulaminie studiów  oraz powtarzaniu roku,  2. zaświadczenie z uczelni o średniej ocen z egzaminów za ostatni rok akademicki poprzedzający  rok złożenia wniosku.  3. klauzulę informacyjną RODO – załącznik nr 1 do wniosku o przyznanie stypendium.  ………………………………………  (podpis studenta)  **Wypełnia Komisja**  **ds. rozpatrzenia wniosków o przyznanie stypendium**  \* Komisja proponuje przyznanie stypendium:  w kwocie 2000 zł / m-c  (słownie: dwa tysiące złotych 00/100)  Podpis Przewodniczącego Komisji  …………………………………….  \*Wniosek odrzucono (z powodu)  ………………………………………………………….....….........................................................................................  ............................................................................................................................................................................    \* niepotrzebne skreślić | | | | | |

*Załącznik nr 1 do wniosku o przyznanie stypendium*

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:*

1. *administratorem danych osobowych jest Marszałek Województwa Opolskiego, adres: ul. Piastowska, 45-082 Opole;*
2. *administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej:* [*iod@opolskie.pl*](mailto:iod@opolskie.pl)*;*
3. *administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c i art. 9 ust. 2 lit. a) RODO;*
4. *dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych)*;
5. *administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;*
6. *mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.*

*Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:*

1. *Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2006 r. nr 97, poz. 673);*
2. *przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego*;
3. *podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów;*
4. *administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany oraz profilowaniu w oparciu o Państwa dane osobowe.*

Oświadczam, że zapoznałem się z informacją z art. 13 RODO.

.................................................

data i podpis Studenta