

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO W ROKU
AKADEMICKIM 2022/2023**



Powiat Słupski

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				-							województw o	
Miejsce zamieszkania w dacie rozpoczęcia studiów												
ulica										nr domu/ mieszkania		
miejscowość										powiat		
kod pocztowy				-							województw o	

Oświadczam, że:

1. powyższe dane są prawdziwe,

2. akceptuję wzór umowy o przyznanie stypendium stanowiący załącznik do regulaminu stypendium, znane mi są zapisy uchwały Rady Powiatu Słupckiego Nr XXVII/177/2020 z dnia 29 października 2020 r. w sprawie określenia zasad przyznawania stypendium studentom kształcącym się w szkole wyższej na kierunku lekarskim,

3. w przypadku przyznania mi stypendium zobowiązuję się do:

a) przepracowania co najmniej 3 lat po zakończeniu studiów w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Słupcy w terminie do 12 miesięcy po zakończeniu stażu podyplomowego oraz zobowiąże się do podjęcia w okresie zatrudnienia jednej ze specjalizacji priorytetowych dla SP ZOZ w Słupcy, określonych w pkt. 4 Ogłoszenia o naborze stypendium (właściwe zakreślić):

- pediatrii,

- anestezjologii,

- interny,

- chirurgii,

- ginekologii,

- pulmonologii.

4. zgodnie z 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 (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,

2) zaświadczenie z uczelni o średniej ocen z egzaminów za dwa ostatnie lata studiów przed złożeniem wniosku,

3) oświadczenie studenta, że nie korzysta z urlopów określonych w regulaminie studiów, z urlopu macierzyńskiego, z urlopu rodzicielskiego,

4) oświadczenie studenta, że nie powtarza roku,

5) zobowiązanie studenta do przepracowania co najmniej 3 lat po zakończeniu studiów w SP ZOZ w Słupcy w terminie do 12 miesięcy po zakończeniu stażu podyplomowego. Okres stażu podyplomowego nie wlicza się do okresu pracy,

6) wskazanie specjalizacji, którą student zobowiązuje się podjąć w okresie zatrudnienia w SP ZOZ w Słupcy, o którym mowa w pkt.4 z listy specjalizacji priorytetowych dla SP ZOZ w Słupcy wskazanych w ogłoszeniu o naborze wniosków,

7) deklarację o zamiarze odbywania stażu podyplomowego w SP ZOZ w Słupcy (fakultatywnie).

8) klauzulę informacyjną RODO – załącznik nr 1 do wniosku o przyznanie stypendium.

.....
(podpis studenta)

Wypełnia Komisja

ds. rozpatrzenia wniosków o przyznanie stypendium

<p>* Komisja proponuje przyznanie pomocy materialnej: w kwocie 2 000,00zł / m-c (słownie: dwa tysiące złotych 00/100)</p>	<p>Podpis Przewodniczącego Komisji</p>
<p>*Wniosek odrzucono (z powodu)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p>

* niepotrzebne skreślić