KRAJOWY PLAN ODBUDOWY | Rzeczpospolita Polska | Sfinansowane przez Unię Europejską NextGenerationEU

Załącznik nr 1
do Regulamin przyznawania stypendium w ramach programu polityki publicznej Ministerstwa Zdrowia „System zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022–2026 ” dla studentów PANS w Nysie

....
Nazwisko *Imię*

Nysa, dnia .....

.....
Adres stałego zameldowania

Rektor
Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Nysie

.....
nr telefonu

.... …….....
*Nr albumu/PESEL** *Rok studiów* *kierunek/ specjalność*

Poziom studiów – studia pierwszego stopnia / studia drugiego stopnia / jednolite studia magisterskie [1]
Forma studiów – studia stacjonarne / studia niestacjonarne[1]

Proszę o przekazywanie stypendium na mój rachunek osobisty:

……
Nazwa, adres banku

Nr konta bankowego

Wniosek o przyznanie stypendium

1) Niniejszym wnoszę o przyznanie stypendium Ministra Zdrowia w ramach programu polityki publicznej „System zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022–2026”na rok akademicki **……**

2) Informuję, że w postępowaniu rekrutacyjnym prowadzonym w Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Nysie na rok akademicki **……..** uzyskałem/łam **……..** punktów, w tym z matematyki …….. punktów.

3) Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku otrzymania niniejszego stypendium nie będę mógł/mogła jednocześnie otrzymywać stypendium rektora, o którym mowa w art. 86 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2023, poz, 742 z późn. zm.) oraz bezzwrotnego dofinansowania kształcenia na danym kierunku w ramach niniejszego programu zachęt.

……
czytelny podpis studenta

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem przyznawania stypendium w ramach programu polityki publicznej Ministerstwa Zdrowia „System zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022–2026 ” dla studentów Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Nysie *i świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 § 1 i § 6 oraz art. 286 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2345), a także odpowiedzialności dyscyplinarnej zgodnie z art. 307 ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.), za podanie nieprawdziwych danych i obowiązku zwrotu nieprawnie pobranych świadczeń, oświadczam, że podane informacje są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.*

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016):
1) administratorem danych osobowych studentów jest Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Nysie, ul. Armii Krajowej 7, 48-300 Nysa,
2) dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań statutowych PANS w Nysie, zgodnie z Ustawą Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
3) dane osobowe przechowywane będą w czasie zgodnym z przepisami w/w ustawy,
4) odbiorcami Pani/Pana danych Osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz firmy zarządzające systemem bibliotecznym, antyplagiatowym i wydruku ELS,
5) każdy student posiada prawo do dostępu do danych Osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub odwołania uprzednio udzielonej zgody,
6) student ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
7) podanie danych Osobowych jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa,
8) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod@pans.nysa.pl

……
czytelny podpis studenta

<u>Wypełnia pracownik właściwego Dziekanatu</u>

Potwierdzam:

1) posiadanie przez wnioskodawcę statusu studenta **…….** roku, kierunku pielęgniarstwo/ratownictwo medyczne[1], studia stacjonarne/niestacjonarne[1]

2) uzyskanie w procesie rekrutacyjnym wskazanej ilości punktów.

……
Data i podpis pracownika Dziekanatu

[1] *Niepotrzebne skreślić*