

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO W ROKU
AKADEMICKIM 2021/2022**



Powiat Słupecki

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 regulaminu stypendium, znane mi są zapisy uchwały Rady Powiatu Słupeckiego 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 2 do ogłoszenia o naborze wniosków.

.....
(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>.....</p>
<p>*Wniosek odrzucono (z powodu)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

* niepotrzebne skreślić