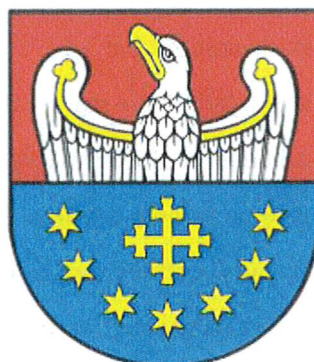


**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM
DLA STUDENTA KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO/ POŁOŻNICTWO#
W ROKU AKADEMICKIM 2021/2022**



Powiat Słupski

| Wypełnia student | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|--|---------------------|--|-------|--|
| data i miejsce wypełnienia wniosku | | | | | | | | | | |
| nazwisko | | | | | | | | | | |
| imię (imiona) | | | | | | | | | | |
| imię ojca | | | | | | | | | | |
| imię matki | | | | | | | | | | |
| nazwa uczelni | | | | | | | | | | |
| rozpoczynany rok studiów | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | | | | | | | tel.: | |
| adres e-mail: | | | | | | | | | | |
| Miejsce stałego zamieszkania | | | | | | | | | | |
| ulica | | | | | | | nr domu/ mieszkania | | | |
| miejsowość | | | | | | | powiat | | | |
| kod pocztowy | | | - | | | | województwo | | | |
| Miejsce zamieszkania w dacie rozpoczęcia studiów | | | | | | | | | | |
| ulica | | | | | | | nr domu/ mieszkania | | | |
| miejsowość | | | | | | | 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 o przyznanie stypendium dla studentów kształcących się w uczelni wyższej na kierunkach pielęgniarskim i położniczym, znane mi są zapisy Uchwały Nr XXXVIII/229/2021 Rady Powiatu Słupskiego z dnia 27 maja 2021 r. w sprawie określenia zasad przyznawania stypendium | | | | | | | | | | |

studentom kształcącym się w uczelni wyższej na kierunkach pielęgniarstwie i położnictwie (Dz. Urz. Woj. Wlkp. z 2021, poz. 4955),

3. w przypadku przyznania mi stypendium zobowiązuję się niezwłocznie lecz nie później niż rok po ukończeniu studiów do podjęcia zatrudnienia jako pielęgniarka/ pielęgniarz lub położna, w wymiarze pełnego etatu, i przepracowania co najmniej 3 lat w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Słupcy,

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) oświadczenie studenta, że nie korzysta z urlopow określonych w regulaminie studiów, z urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego,
- 3) oświadczenie studenta, że nie powtarza roku, na który ubiega się o przyznanie stypendium,
- 4) zobowiązanie studenta do podjęcia zatrudnienia jako pielęgniarka/ pielęgniarz lub położna w wymiarze pełnego etatu w podmiocie leczniczym, dla którego Powiat Słupecki jest organem założycielskim, niezwłocznie lecz nie później niż rok po ukończeniu studiów na okres nie krótszy niż 3 lata,
- 5) klauzulę informacyjną RODO – załącznik nr 2 do ogłoszenia o naborze wniosków.

Wypełnia Zarząd Powiatu Słupeckiego

* Zarząd Powiatu Słupeckiego proponuje przyznanie pomocy materialnej:
w kwocie 800,00 zł / m-c
(słownie: osiemset złotych 00/100)

podpis Przewodniczącego
Zarządu Powiatu

*Wniosek odrzucono (z powodu)

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

.....

* niepotrzebne skreślić