

Załącznik nr 1 do ogłoszenia o naborze wniosków

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO W ROKU  
AKADEMICKIM 2023/2024**



**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:			
<b>Miejsce stałego zamieszkania</b>			
ulica			nr domu/ mieszkania
miejsowość			powiat
kod pocztowy			województwo
<b>Miejsce zamieszkania w dacie rozpoczęcia studiów</b>			
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 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**

\* Komisja proponuje przyznanie pomocy materialnej: w kwocie  
2 000,00zł / m-c  
(słownie: dwa tysiące złotych 00/100)

Podpis Przewodniczącego Komisji

\*Wniosek odrzucono (z powodu)

.....

.....

.....

.....

.....

\* niepotrzebne skreślić