

Nr wniosku

 Potwierdzenie przyjęcia wniosku:
(data)

Podpis pracownika:.....

WNIOSEK O STYPENDIUM W RAMACH SYSTEMU ZACHĘT

Inwestycji D2.1.1 „Inwestycje związane z modernizacją i doposażeniem obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne”

Działanie 1. Stypendia dla studentów kierunku lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, analityka medyczna, fizjoterapia oraz farmacja

Dane wnioskodawcy:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię i nazwisko | | Nr albumu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH w Zabrze | kierunek studiów: LEKARSKI | rok studiów III | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma studiów ⁽¹⁾ | STACJONARNE <input type="checkbox"/> NIESTACJONARNE <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Poziom kształcenia ⁽¹⁾ | Jednolite magisterskie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania (do korespondencji) : | Ulica: | Telefon kontaktowy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Miasto: | E-mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Oświadczam, że:

- **jestem** studentem rekrutowanym w roku 2022/2023, na pierwszy semestr studiów
- **jestem** studentem III roku studiów,
- **nie powtarzam** roku studiów,
- **nie przebywam** na urlopie dziekańskim na dzień składania wniosku,
- **uzyskałam/em** średnią ocen w wysokości co najmniej 4,0 w roku akademickim 2022/2023.
- **uzyskałam/em** średnią ocen w wysokości co najmniej 4,0 w roku akademickim 2023/2024.
- **nie toczy się i nie toczyło się** wobec mnie postępowanie dyscyplinarne
- **nie jestem i nie byłem** warunkowo wpisany na kolejny semestr

Podpis studenta składającego oświadczenie:

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z regulaminem wyboru studentów kierunku lekarskiego do objęcia wsparciem z Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności z dnia 24 października 2024 r. (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/241 z dnia 12 lutego 2021 r. ustanawiające Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększenia Odporności. (Dz. Urz. UE. L Nr 57, str. 17, z późn. zm.).

.....
data i podpis studenta

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w powyższym wniosku zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych przez Akademię Śląską. Podanie danych jest dobrowolne. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, o przysługującym mi prawie dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawiania, żądania zaprzestania ich przetwarzania. Administratorem danych osobowych jest Akademia Śląska z siedzibą przy ul. Rolnej 43, 40-555 Katowice.

.....
data i podpis studenta

Zgodnie z §6 pkt 4 Regulaminu wyboru studentów kierunku lekarskiego Akademia Śląska Wydział Nauk Medycznych im. Prof. Z. Religii do objęcia wsparciem z Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności, 24 października 2024r. oświadczam, że w przypadku przyznania stypendium w ramach systemu zachęt, zobowiązuję się do zwrotu stypendium rektora otrzymanego w poprzednich latach w terminie do 30 dni kalendarzowych od dnia przyznania przedmiotowej formy wsparcia, na konto bankowe wskazane przez Uczelnię. Jestem świadomy/a, że w przypadku niedotrzymania terminu zwrotu środków, utracę możliwość otrzymania wsparcia w ramach systemu zachęt.

.....
data i podpis studenta

Część B – wypełnia Komisja Stypendialna:

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Student spełnia warunki paragrafu §4 i 5 Regulaminu. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
|---|------------------------------|------------------------------|

| | |
|---|--|
| Ilość punktów kwalifikacyjnych na podstawie warunków rekrutacji obowiązujących w roku akademickim 2022/2023, zgodnych z Uchwałą Senatu nr 4/35/06/2021 z dnia 15.06.2021r. w sprawie zasad i trybu przyjęć na studia jednolite magisterskie – kierunek lekarski w roku akademickim 2022/2023. | |
| Średnia ocen za rok akademicki 2022/2023 | |
| Średnia ocen za rok akademicki 2023/2024 | |
| Średnia ze średnich ocen powyżej | |

DECYZJA KOMISJI STYPENDIALNEJ:

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| Decyzja w sprawie przyznania STYPENDIUM W RAMACH SYSTEMU ZACHĘT | | |
| Inwestycji D2.1.1 „Inwestycje związane z modernizacją i wyposażeniem obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne” | | |
| Działanie 1. Stypendia dla studentów kierunku lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, analityka medyczna, fizjoterapia oraz farmacja | PRZYZNANO <input type="checkbox"/> | NIE PRZYZNANO <input type="checkbox"/> |

.....
(data i podpis)

.....
(data i podpis)

.....
(data i podpis)