Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 54/2011 Rektora WUM z dnia 21.09.2011 r.

Data złożenia wniosku ..... Podpis pracownika Działu ..... Nr wniosku: APD5- ..... -541- ...../20.....

Nazwisko i imię studenta	**PESEL** | | | | | | | | | | |
Nr albumu …… **Wydział** …….…….. **Kierunek** ……..……. **Rok studiów** ……..…… w roku akad: 20..…/20..… **Tryb studiów:** stacjonarne **/** niestacjonarne – wieczorowe, zaoczne **)* **Rodzaj studiów:** jednolite magisterskie **/** pierwszego stopnia **/** drugiego stopnia / **)* **Status studenta:** *bez warunku; warunkowo; na urlopie dziekańskim, zdrowotnym; powtarzam……. rok studiów *)* **Studia równoległe**:…… */nazwa Uczelni – kierunek - rok studiów/* **Data i rodzaj ukończenia innych studiów **)** .... nazwa Uczelni – kierunek : jednolite magisterskie **/** pierwszego stopnia **/** drugiego stopnia **)* ****)*** *właściwe zakreślić* *****)*** *osoby, których dotyczy*	***adres stałego zameldowania*** */kod poczt., miejscowość, ulica, wojewódz../* ↓ …… …… …… ***adres do korespondencji*** */kod poczt., miejscowość, ulica, województwo./* ↓ …… …… . Telefon kontaktowy …… *komórkowy* …… *stacjonarny* Adres e-mail ……

WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Uzasadnienie:

1. Jestem osobą niepełnosprawną w stopniu : lekkim / umiarkowanym / znacznym *(właściwe zaznaczyć)*
2. Kod niepełnosprawności .....
3. Niepełnosprawność ma charakter : stały / okresowy od ..... do .....
4. Do wniosku dołączam orzeczenie o niepełnosprawności.

Oświadczenie studenta

1. Zapoznałem / zapoznałam się z zasadami przyznawania, ustalania wysokości i wypłacania świadczeń pomocy materialnej dla studentów WUM określonymi w Regulaminie.
2. W przypadku zmian mających wpływ na prawo do otrzymywania tego świadczenia, zmiany miejsca zamieszkania w czasie roku akademickiego lub rezygnacji ze studiów zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie Dział Obsługi Studentów.
3. Zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.
4. Jestem świadomy / świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 nr 101, poz. 926 z późn.zm.) oraz przepisami wewnętrznymi obowiązującymi na WUM, wyłącznie w celu i w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia i realizacji wniosku o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych.
   Wiem, że przysługuje mi prawo do wglądu i poprawiania moich danych osobowych.

Proszę o dokonanie przelewu przyznanego stypendium na mój rachunek bankowy:

.....
data i czytelny podpis studenta

Potwierdzenie odbioru decyzji:

Decyzję Komisji Stypendialnej Studentów WUM odebrałem / odebrałam w dniu .....

.....
czytelny podpis studenta

Decyzja Komisji Stypendialnej Studentów WUM wysłana przez kancelarię WUM w dniu .....

„za potwierdzeniem odbioru" : APD5-0734-...../20.....