

Załącznik nr 3

Data wpływu na WSPA
(wypełnia pracownik
WSAPA)

....., dn.

**WNIOSEK O PRYZNANIE ZAPOMOZI
w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Administracji w Lublinie**

I. DANE WNIOSKODAWCY

- wypełnia wnioskodawca

Nr albumu

Nazwisko i imię _____

Data urodzenia _____

PESEL _____

Telefon _____

e-mail _____

Obywatelstwo _____

Rodzaj dokumentu na podstawie którego obcokrajowiec przebywa w Polsce:

_____ ważny do _____

Student na studiach:

stacjonarnych

I stopnia

niestacjonarnych

II stopnia, data obrony na I stopniu.....

jednolite magisterskie

Kierunek studiów _____

Rok studiów w 2023/2024 _____

Semestr _____

Adres stałego zameldowania: _____

Adres do korespondencji _____

Proszę o przekazywanie stypendium od momentu wpłynięcia dyspozycji do momentu jej cofnięcia na prywatny numer konta:

Nr konta: - - - - - -

nazwa banku: _____,

właścicielem konta jest (imię i nazwisko): _____,

Kierunki studiowane lub ukończone/przerwane:

- wypełnia wnioskodawca

UWAGA ! Należy wpisać wszystkie uczelnie i kierunki oraz ilość semestrów studiowanych przez studenta. Należy wpisać nawet te, które nie zostały ukończone.

Uczelnia/Kierunek	Poziom I stopnia/ II stopnia/ jednolite magisterskie	Tryb stacjonarny/ niestacjonarny/ PUW	Status w trakcie/ skreślony/ ukończony/	Data rozpoczęcia	Data ukończenia/ skreślenia	posiadany tytuł licencjat/inżynier/ magister	liczba zacytowanych semestrów
WSPA/			w trakcie				

Zgodnie art.93 ust. 4 ustawy PSWiN, łączny okres, przez który przysługują świadczenia, wynosi 12 semestrów, bez względu na ich pobieranie przez studenta z zastrzeżeniem, że w ramach tego okresu świadczenia przysługują na studiach I stop.- 9 semestrów, II sop.-7 semestrów.

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą, oraz że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

(Miejscowość, data)

(Czytelny podpis studenta)

II. UZASADNIENIE WNIOSKU O PRYZNANIE ZAPOMOGI

Proszę o przyznanie jednorazowej zapomogi z powodu _____

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Miejscowość, data _____ Czytelny podpis studenta _____

III. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji - **art. 233 § 1 kk** („Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”), odpowiedzialności na podstawie **art. 286 § 1 kk** („kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”) **oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej** oświadczam, że:

- podane przeze mnie dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
- załączone i poświadczane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami.

Miejscowość, data _____ Czytelny podpis studenta _____

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 ze zm.: 1. Administratorem jest Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Administracji w Lublinie (adres: Bursaki 12, 20 – 150 Lublin, adres e-mail: rektorat@wsipa.pl, numer telefonu: 81 740 84 10), reprezentowany przez Rektora 2. Na Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Administracji w Lublinie powołany został inspektor ochrony danych (adres e-mail: iodo@wsipa.pl). 3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznawania świadczeń. 4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przez okres archiwizacji dokumentacji. 5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia (tj. wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze). 6. Dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym do przetwarzania danych w imieniu administratora. 7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do: żądania dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa). Realizacja zadań w zakresie przyznawania świadczeń znajduje podstawę w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2023 r. poz. 742 ze zm.). Osoba, której dane dotyczą jest zobowiązana do podania tychże danych, gdy ubiega się o przyznanie świadczeń.

Miejscowość, data _____ Czytelny podpis studenta _____

Oświadczam, że w roku akademickim 2023/24 przyznano mi zapomogę na innej Uczelni/innym kierunku.

Oświadczam, że w roku akademickim 2023/24 nie przyznano mi zapomogi na innej Uczelni/innym kierunku.

Miejscowość, data _____

Czytelny podpis studenta _____

- **oświadczam, że** składałem(-am) / nie składałem(-am) (właściwie podkreślić) wniosek o przyznanie zapomogi (dotyczy innej uczelni, innego kierunku studiów)

Miejscowość, data _____

Czytelny podpis studenta _____

- **Wyrażam** zgodę na otrzymanie informacji o decyzji w formie elektronicznej, na adres mailowy wskazany we wniosku stypendialnym. Oświadczam, że decyzja ta będzie przeze mnie odebrana w dniu jej przesłania na moją pocztę elektroniczną.

TAK

NIE

Miejscowość, data _____

Czytelny podpis studenta _____

- **Oświadczam, że** zapoznałam/em się z zasadami przyznawania świadczeń określonymi w Regulaminie świadczeń dla studentów WSPA w Lublinie oraz z odpowiednimi załącznikami do wyżej wymienionego Regulaminu, w tym z okolicznościami, które wykluczają uprawnienia do uzyskania świadczenia.

Miejscowość, data _____

Czytelny podpis studenta _____

- **Oświadczam, że** pobieram/ nie pobieram świadczenia na innej uczelni lub innym kierunku, a w przypadku uzyskania świadczenia na innej uczelni/kierunku zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Działu Rozliczeń Finansowych oraz zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.

Miejscowość, data _____

Czytelny podpis studenta _____

- **Wyrażam** zgodę na publikację numeru albumu, liczby punktów oraz przyznanej kwoty na listach informujących o postępowaniu stypendialnym.

TAK

NIE

Miejscowość, data _____

Czytelny podpis studenta _____

- **Wyrażam** zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby postępowania o przyznanie świadczeń.

Miejscowość, data _____

Czytelny podpis studenta _____