Wzór nr 3

|  |
| --- |
| **WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCHW ROKU AKADEMICKIM 20……/20……** |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko studenta Numer albumu Wydział Rok studiów i nazwa kierunku/dyscypliny\*) Poziom kształcenia\*): pierwszy stopień / drugi stopień / trzeci stopieńForma studiów\*): stacjonarne / niestacjonarne**Dotychczasowy okres kształcenia, tylko na uczelni wyższej podany w liczbie semestrów (w tym poza PK):** **1) Studia pierwszego stopnia……………………………semestrów.****2) Studia drugiego stopnia…………………….…………semestrów.****Uwaga:****Łączny okres, przez który przysługuje świadczenie wynosi 12 semestrów, bez względu na ich pobieranie przez studenta (patrz § 1ust. 8 Regulaminu).**Na dzień składania wniosku posiadam/nie posiadam\*) tytuł\*):licencjat / inżynier / magister / magister inżynier lub równorzędny / doktor. | **Rektor/Komisja Stypendialna**\*)**Wydział** **POLITECHNIKA KRAKOWSKA** |
| Adres stałego zamieszkania Adres do korespondencji e-mail nr telefonu do kontaktu  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nr konta bankowego wnioskodawcy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Proszę o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych na podstawie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (zaznaczyć znakiem „x” lub kliknąć w symbol ☐):

[ ]  **znacznym,**

[ ]  **umiarkowanym,**

[ ]  **lekkim.**

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności zachowuje ważność do dnia ……………………………… r.

Do wniosku dołączam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez:

Świadoma/y\*) odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych i obowiązku zwrotu nieprawnie pobranego świadczenia, oświadczam, że podane wyżej informacje są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązującym „**Regulaminem świadczeń dla studentów Politechniki Krakowskiej**”.

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA STUDENTA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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 – RODO) zostałem poinformowany, że:

1. administratorem danych osobowych jest Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki z siedzibą w Krakowie przy ul. Warszawskiej 24, 31-155 Kraków;
2. kontakt z inspektorem ochrony danych w Politechnice Krakowskiej im. Tadeusza Kościuszki możliwy jest pod adresem e-mail iodo@pk.edu.pl i tel. 12 628 22 37;
3. dane osobowe przetwarzane będą w celu uzyskania stypendium wskazanym we wniosku,
4. dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust 1 pkt c zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO), w szczególności na podstawie:
5. ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce,
6. ustawy o świadczeniach rodzinnych;
7. rozporządzenia w sprawie sposobu i trybu postępowania w sprawach o przyznanie świadczeń rodzinnych oraz zakresu informacji, jakie mają być zawarte we wniosku, zaświadczeniach i oświadczeniach o ustalenie prawa do świadczeń rodzinnych;
8. obwieszczenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ogłaszanego w miesiącu lipcu każdego roku podatkowego w sprawie wysokości dochodu za dany rok podatkowy uzyskanego z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów
o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne;
9. rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie wysokości dochodu rodziny albo dochodu osoby uczącej się stanowiących podstawę ubiegania się o zasiłek rodzinny i specjalny zasiłek opiekuńczy, wysokości świadczeń rodzinnych oraz wysokości zasiłku dla opiekuna;
10. ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych;
11. ustawy o pomocy społecznej;
12. obowiązującego Zarządzenia Rektora PK w sprawie wprowadzenia na Politechnice Krakowskiej przepisów kancelaryjnych i archiwalnych;
13. dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do ostatecznego rozpatrzenia sprawy;
14. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność
z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
15. podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym;
16. przy przetwarzaniu podanych danych osobowych nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji.

**Wyrażam/Nie wyrażam\*) zgodę/y\*) na kontakt ze strony Biura Osób z Niepełnosprawnościami.**

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |
| **miejscowość, data** | **podpis studenta** |

\*) niepotrzebne skreślić

Data złożenia wniosku w dziekanacie ............................................ r.

Pieczęć i podpis pracownika dziekanatu ..........................................