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

Data złożenia wniosku ..... Podpis pracownika Działu ..... Nr wniosku: APD5- ..... -546/541- ...../20.....

Nazwisko i imię doktoranta	**PESEL**
Nr albumu ..... **Wydział** ..... **Rok studiów** ..... w roku akad: 20...../20..... **Tryb studiów:** stacjonarne / niestacjonarne *) **Status doktoranta:** na urlopie zdrowotnym / przedłużenie studiów *) **Studia równoległe:** ..... /nazwa Uczelni : kierunek : jednolite magisterskie / pierwszego stopnia / drugiego stopnia *), rok studiów **Data rozpoczęcia studiów doktoranckich** ..... **Data regulaminowego zakończenia studiów doktoranckich** ..... *) *właściwe zakreślić*	***adres stałego zameldowania*** */kod poczt., miejscowość, ulica, województ./* ↓ .... ***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 doktoranta

1. Zapoznałem / zapoznałam się z zasadami przyznawania, ustalania wysokości i wypłacania świadczeń pomocy materialnej dla doktorantów 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 doktoranta

Potwierdzenie odbioru decyzji:

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

.....
czytelny podpis doktoranta

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

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