



(data wpływu podania)

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM  
SPECJALNEGO DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH  
na rok akademicki ...../.....**

wypełniać drukowanymi literami

<b>Nazwisko</b>		<b>Nr PESEL</b> .....	<b>Nr albumu</b>
<b>Imię</b>	<b>Nazwisko panięskie w przypadku mężatek</b>		<b>Rok studiów</b> (w roku akad. 2011/2012)
<b>Kierunek</b> .....	<b>Specjalność</b> .....		
<b>Studia</b> <input type="checkbox"/> STACJONARNE  <input type="checkbox"/> NIESTACJONARNE	<b>Adres zameldowania</b> .....		<b>Tel. stacjonarny</b> .....
	<b>Adres do korespondencji</b> .....		<b>Tel. komórkowy</b> .....

1. PROSZĘ O PRYZNANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH, ponieważ .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
2. Oświadczam, że posiadam stopień niepełnosprawności:
- 1) lekki,\*
  - 2) umiarkowany,\*
  - 3) znaczny,\*
- orzeczony na okres do .....
3. Załącznik - orzeczenie właściwego organu potwierdzające niepełnosprawność.

Legnica, dnia .....

.....  
(podpis studenta)

\* niepotrzebne skreślić

4. Oświadczam że:

- 1) nie będę pobierał stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku w WSM w Legnicy lub na innej Uczelni,
  - 2) ukończyłem/nie ukończyłem(am)\* studia I stopnia na Uczelni .....,
  - 3) ukończyłem/nie ukończyłem(am)\* studia II stopnia na Uczelni..... .
5. Świadom(a) odpowiedzialności karnej, cywilno-prawnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że podane przeze mnie we wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
6. Zapoznałem(am) się z Regulaminem przyznawania pomocy materialnej dla studentów Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy.

Legnica, dnia .....

.....

(podpis studenta)

\* *niepotrzebne skreślić*

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.) informuje się, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy, ul. Powstańców Śląskich 3 59-220 Legnica, zwana dalej Uczelnią,
- 2) Pani/Pana dane osobowe zgromadzone, przetwarzane i udostępniane będą w celu przyznania stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych,
- 3) posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania,
- 4) podanie Uczelni danych osobowych wynika z obowiązku określonego w art.175 ust 1. Ustawy prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365 z późn. zm.).

---

## WYPEŁNIA DZIAŁ STUDENCKICH SPRAW SOCJALNYCH

- 1) Orzeczony stopień niepełnosprawności: lekki/umiarkowany/znacznym\* do dnia .....
- 2) Komplet dokumentów (tak/nie\*) .....

.....  
(data i podpis pracownika Działu Studenckich Spraw Socjalnych )

Uwagi:

.....  
.....  
.....

.....  
(data i podpis pracownika Działu Studenckich Spraw Socjalnych)

\* *niepotrzebne skreślić*