Załącznik nr 1 do ogłoszenia o naborze wniosków

WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO W ROKU AKADEMCIKIM 2022/2023

Powiat Słupecki

Wypełnia student														
Data i miejsce wypełnienia wniosku														
Nazwisko														
Imię (imiona)														
Imię ojca														
Imię matki														
Nazwa uczelni														
Rozpoczynany rok studiów														
Średnia ocen za ostatni rok akademicki														
PESEL												Tel.:		
Adres e-mail:														
Miejsce stałego zamieszkania														
ulica												nr domu/ mieszkania		
miejscowość												powiat		
kod pocztowy				-								województwo		
Miejsce zamieszkania w dacie rozpoczęcia studiów														
ulica												nr domu/ mieszkania		
miejscowość												powiat		
kod pocztowy				-								województwo		

Oświadczam, że:

1.powyższe dane są prawdziwe,

2.akceptuję wzór umowy o przyznanie stypendium stanowiący załącznik do regulaminu stypendium, znane mi są zapisy uchwały Rady Powiatu Słupeckiego Nr XXVII/177/2020 z dnia 29 października 2020 r. w sprawie określenia zasad przyznawania stypendium studentom kształcącym się w szkole wyższej na kierunku lekarskim,

3. w przypadku przyznania mi stypendium zobowiązuję się do:

a) przepracowania co najmniej 3 lat po zakończeniu studiów w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Słupcy w terminie do 12 miesięcy po zakończeniu stażu podyplomowego oraz zobowiąże się do podjęcia w okresie zatrudnienia jednej ze specjalizacji priorytetowych dla SP ZOZ w Słupcy, określonych w pkt. 4 Ogłoszenia o naborze stypendium (właściwe zakreślić):

- pediatrii,
- anestezjologii,
- interny,
- chirurgii,
- ginekologii,
- pulmonologii.

4. zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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) - wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla potrzeb naboru i realizacji umowy o przyznanie stypendium

Do wniosku załączam:

1)zaświadczenie z uczelni o statusie studenta,

2)zaświadczenie z uczelni o średniej ocen z egzaminów za dwa ostatnie lata studiów przed złożeniem wniosku,

3)oświadczenie studenta, że nie korzysta z urlopów określonych w regulaminie studiów, z urlopu macierzyńskiego, z urlopu rodzicielskiego,

4)oświadczenie studenta, że nie powtarza roku,

5)zobowiązanie studenta do przepracowania co najmniej 3 lat po zakończeniu studiów w SP ZOZ w Słupcy w terminie do 12 miesięcy po zakończeniu stażu podyplomowego. Okres stażu podyplomowego nie wlicza się do okresu pracy,

6)wskazanie specjalizacji, którą student zobowiązuje się podjąć w okresie zatrudnienia w SP ZOZ w Słupcy, o którym mowa w pkt.4 z listy specjalizacji priorytetowych dla SP ZOZ w Słupcy wskazanych w ogłoszeniu o naborze wniosków,

7)deklarację o zamiarze odbywania stażu podyplomowego w SP ZOZ w Słupcy (fakultatywnie).

8) klauzulę informacyjną RODO – załącznik nr 1 do wniosku o przyznanie stypendium.

.....

(podpis studenta)

Wypełnia Komisja

ds. rozpatrzenia wniosków o przyznanie stypendium

* Komisja proponuje przyznanie pomocy materialnej: w kwocie 2 000,00zł / m-c *(słownie: dwa tysiące złotych 00/100)*	Podpis Przewodniczącego Komisji
*Wniosek odrzucono (z powodu)	.....

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 do wniosku o przyznanie stypendium

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/y

.....

(imię i nazwisko)

zamieszkała/y

.....

(kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a, Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679

|z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 (Dz. U. UE. L. 119/1 z 04.05. 2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, takich jak zawartych we wniosku, celem rozpatrzenia wniosku o stypendium dla kierunku lekarskiego.

.....

(czytelny podpis)

Po przyznaniu stypendium przez Zarząd Powiatu Słupeckiego wyrażam zgodę na publikowanie moich danych osobowych takich jak: imię i nazwisko, osiągnięć oraz danych wizerunkowych utrwalonych przez Starostwo Powiatowe w Słupcy poprzez ich umieszczenie w publikacjach, biuletynie informacji publicznej, stronie internetowej urzędu, facebooku itp.

.....

(czytelny podpis)

Zostałam/em poinformowana/y, że zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 (Dz. U. UE. L. 119/1 z 04.05.2016):

I. Administrator danych.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Starosta Słupecki, którego siedziba mieści się w Słupcy
(62-400) przy ul. Poznańskiej 20 tel.: 63 275 86 00 , adres e-mail: powiat@powiat-slupca.pl

II. Inspektor Ochrony Danych.

W Starostwie Powiatowym został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez adres poczty elektronicznej: iod@powiat-slupca.pl telefonicznie (063)2758600 lub pisemnie na adres Starostwa Powiatowego w Słupcy.

III. Cele oraz podstawa prawna przetwarzania danych osobowych.

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu - na podstawie art. 6 ust. 1 lit a, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

IV. Informacja o okresach przetwarzania danych osobowych.

Starostwo Powiatowe w Słupcy będzie przechowywał Pani/Pana dane osobowe w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną. (Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych).

V. Informacja o odbiorcach danych osobowych.

Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim, z wyjątkiem upoważnionych z mocy prawa.

VI. Prawa osoby, której dane dotyczą.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania na warunkach wynikających z Rozporządzenia. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Przysługuje Pani/Panu również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie Rozporządzenia Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w sytuacji, gdy istnieje podejrzenie, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie.

VII. Przekazanie danych osobowych do państwa trzeciego.

Starostwo Powiatowe w przypadkach uzasadnionych i koniecznych, w związku z określonymi przepisami prawa Pani/Pana, a także w przypadkach, gdy transfer danych osobowych jest konieczny

przekaże Pani/Pana dane osobowe do organizacji międzynarodowych lub udostępni Pani/Pana dane osobowe podmiotom mającym siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG).

VIII. Obowiązek podania danych osobowych.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednakże jest warunkiem ustawowo określonych uprawnień i obowiązków Starostwa Powiatowego związanych z wykonywaniem czynności administracyjnych. W zakresie w jakim dane osobowe są zbierane na podstawie Pani/Pana zgody, podanie danych osobowych jest dobrowolne.

.....

(czytelny podpis)