

Załącznik nr 1 do Regulaminu

..... Data i godzina wpływu wniosku Podpis osoby przyjmującej wniosek
--	--

Wniosek o przyznawanie stypendium stanowiącego wsparcie ze środków planu rozwojowego Przedsięwzięcia w postaci stypendiów dla studentów kierunku lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, analityka medyczna, fizjoterapia oraz farmacja, Edycja 2 realizowanego w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności-komponentu D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” będącego elementem Inwestycji D2.1.1 pn. „Inwestycje związane z modernizacją i doposażeniem obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne”

Część. A

Imię i nazwisko		
Miejsce stałego zamieszkania - (kod pocztowy, miejscowość, województwo, powiat, ulica, nr domu, nr lokalu)		
Adres do korespondencji - (kod pocztowy, miejscowość, województwo, powiat, ulica, nr domu, nr lokalu)		
..... Numer telefonu Adres Uczelnianej skrzynki e-mail	
Wydział: <input type="checkbox"/> Wydział Nauk Medycznych w Zabrze* <input type="checkbox"/> Wydział Nauk Medycznych w Katowicach* <input type="checkbox"/> Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach* <input type="checkbox"/> Wydział Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu* *zaznacz właściwe		
Kierunek studiów: <input type="checkbox"/> lekarski <input type="checkbox"/> lekarsko-dentystyczny <input type="checkbox"/> analityka medyczna <input type="checkbox"/> fizjoterapia <input type="checkbox"/> farmacja *zaznacz właściwe		
Forma studiów: <input type="checkbox"/> stacjonarne <input type="checkbox"/> niestacjonarne *zaznacz właściwe Nr albumu Rok studiów



Część. B

W tabeli poniżej należy wpisać przedmioty oraz wyniki z egzaminu maturalnego, na podstawie których wnioskodawca przystępował do rekrutacji na studia w *ŚUM* na kierunku, na którym ubiega się o stypendium w ramach *Sytemu zachęt*

Przedmiot z egzaminu maturalnego uwzględniony w procesie rekrutacji na studia w <i>ŚUM</i>	Wynik z egzaminu maturalnego, -określony w procentach	Wynik z egzaminu maturalnego, - określony w punktach, zgodnie z listą rankingową <i>(Wypełnia Przewodnicząca UKR lub osoba przez nią upoważniona)</i>
	%	pkt
	%	pkt

Wypełnia Przewodnicząca UKR lub osoba przez nią upoważniona:

Suma punktów uzyskanych przez Wnioskodawcę w procesie rekrutacji na studia na kierunek
..... zgodnie z listą rankingową wynosiła:

.....
Podpis przewodniczącej UKR
lub osoby przez nią upoważnionej

Część. C

Do wniosku załączam dokumenty:

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa dokumentu</i>
1.	
2.	
3.	
4.	

OŚWIADCZENIE STUDENTA

Świadoma/y odpowiedzialności karnej z art. 233 kk, cywilnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że:

- wszystkie podane przeze mnie we wniosku informacje i załączone dokumenty są prawdziwe,
- zapoznałem się z Regulaminem przyznawania stypendiów stanowiących wsparcie ze środków planu rozwojowego Przedsięwzięcia w postaci stypendiów dla studentów kierunku lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, analityka medyczna, fizjoterapia oraz farmacja, realizowanego w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności-komponentu D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” będącego elementem Inwestycji D2.1.1 pn. „Inwestycje związane z modernizacją i doposażeniem obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne”.

Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku.

(data i podpis studenta)