Załącznik nr 7

do Regulaminu świadczeń stypendialnych dla uczestników studiów doktoranckich ZUT

Szczecin, dnia ...............................

**Dziekan/Komisja Stypendialna\***

**Wydział**………………………….………..…...

# WNIOSEK DOKTORANTA

# O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

**Imię i nazwisko**  **nr albumu**

**Wydział**

**Katedra**

**Data rozpoczęcia studiów doktoranckich**  r**ok studiów**

**Nr telefonu kontaktowego**  **email**: ……………………………………………………...

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer konta bankowego |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |

**Proszę o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych.**

Załączniki\*:

– orzeczenie o niepełnosprawności,

– orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,

– orzeczenie, o którym mowa w art. 5 oraz art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172 z późn. zm.)

**Oświadczam, że:**

** nigdy dotychczas nie byłem (-am) uczestnikiem studiów doktoranckich\*\***

** ukończyłem (-am) studia doktoranckie, studiuję na studiach doktoranckich lub kiedykolwiek podjąłem/podjęłam studia doktoranckie\*\*:**

*(proszę uzupełnić dane poniżej)*

1) ukończyłem(-am) studia doktoranckie\*

**(proszę wpisać nazwę uczelni, okres studiowania od… do… oraz datę nadania stopnia doktora)**

2) rozpocząłem(-am) i obecnie jestem uczestnikiem studiów doktoranckich \*

**(proszę wpisać nazwę uczelni, datę rozpoczęcia studiów)**

3) kiedykolwiek byłem (-am) uczestnikiem studiów doktoranckich\*

…………………………………………………………………………………………………………………

**(proszę wpisać nazwę/nazwy uczelni i wszystkie okresy studiowania od… do…)**

**** jestem kandydatem na żołnierza/żołnierzem zawodowym/funkcjonariuszem służb państwowych\*  
z art. 447 Prawoo szkolnictwie wyższym i nauce(Dz. U. poz. 1668, z późn. zm.)\*\*

\*niepotrzebne skreślić

\*\*właściwe zaznaczyć

* Zapoznałem/zapoznałam się i rozumiem Regulamin przyznawania świadczeń dla uczestników studiów doktoranckich Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego w Szczecinie.
* Oświadczam, że pobieram/nie pobieram\* stypendium dla osób niepełnosprawnych na innej dyscyplinie.
* Oświadczam, że wniosek o stypendium dla osób niepełnosprawnych został/nie został\* złożony przeze mnie na innej dyscyplinie ………………………………………………………………………………(w przypadku złożenia wniosku, proszę podać dyscyplinę i nazwę uczelni)
* Świadomy(-a) odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych, w tym odpowiedzialności dyscyplinarnej, aż do wydalenia z uczelni i obowiązku zwrotu nieprawnie pobranego stypendium, oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku oraz załączone dokumenty dotyczące rodzajów i wysokości dochodów mojej rodziny są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

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

(data i podpis doktoranta)

Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych (zał. nr 11 do Regulaminu), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

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

(data i podpis doktoranta)

Data złożenia wniosku: ...........................................

## *Rozstrzygnięcie dla celów przygotowania decyzji wydawanej doktorantowi:*

Przyznano stypendium dla osób niepełnosprawnych

w kwocie .............. zł (słownie: ............................................................................................................................) miesięcznie

od dnia ......................................... do dnia ...................................

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

*podpis dziekana*

*/przewodniczącego komisji stypendialnej*

Nie przyznanostypendium dla osób niepełnosprawnych z powodu

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

Szczecin, dnia ........................................ *podpis dziekana/przewodniczącego komisji stypendialnej*

\* niepotrzebne skreślić