**Załącznik nr 1**

**do Ogłoszenia o naborze wniosków**

**WNIOSEK**

**o przyznanie stypendium na rok akademicki 2024/2025** **dla studentów ostatniego roku kształcących się na kierunku lekarskim [[1]](#footnote-1)**

1. **Dane osobowe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko studenta** |  |
| **Imię (imiona) studenta** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  |
| **Adres stałego zamieszkania** |  |
| **Adres do korespondencji** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Nr ewidencyjny PESEL lub  seria i nr paszportu w przypadku braku posiadania nr PESEL** |  |

1. **Dane dotyczące nauki na kierunku lekarskim**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Uczelni** |  |
| **Adres Uczelni oraz dane kontaktowe**  **(nr telefonu/adres e-mail)** |  |
| **Nazwa kierunku medycznego** |  |
| **Data rozpoczęcia studiów (dd/mm/rrrr/)** |  |
| **Planowana data ukończenia studiów**  **(dd/mm/rrrr/)** |  |
| **Ukończony rok studiów** |  |
| **Średnia ocen z egzaminów za poprzedni rok studiów przed złożeniem wniosku** |  |

1. **Lista załączników do wniosku:**
2. **zaświadczenie z uczelni potwierdzające:**

a) posiadanie statusu studenta na kierunku lekarskim,

b) rok studiów,

c) niepowtarzanie roku studiów, na który wnioskodawca ubiega się o przyznanie stypendium,

d) średnią ocen z egzaminów za ostatni rok studiów przed złożeniem wniosku co najmniej na poziomie 4,0;

e) niekorzystanie na dzień składania wniosku z urlopów określonych w regulaminie studiów;

**2) oświadczenie, zawierające zobowiązanie do podjęcia zatrudnienia w ramach specjalizacji deficytowej przez okres co najmniej 3 lat po zakończeniu kształcenia, jednak nie później niż w ciągu 12 miesięcy   
od zakończenia stażu podyplomowego – Załącznik nr 2** do Ogłoszenia o naborze wniosków;

**3) oświadczenie do celów podatkowych – Załącznik nr 3** do Ogłoszenia o naborze wniosków**;**

**4) oświadczenie o zobowiązaniu się do poinformowania Departamentu właściwego do spraw zdrowia UMWD o odbywanej specjalizacji deficytowej i podmiocie leczniczym, w którym jest ona odbywana – Załącznik nr 4** do Ogłoszenia o naborze wniosków;

**5) oświadczenie o zobowiązaniu się do poinformowania Departamentu właściwego do spraw zdrowia UMWD o odpracowaniu stypendium w ramach specjalizacji deficytowej – Załącznik nr 5** do Ogłoszenia   
o naborze wniosków.

……………..………………….…………………………………… ……………………………………………..…………....

miejscowość, data podpis wnioskodawcy

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 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) zwane dalej „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Wybrzeże J. Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław;
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można skontaktować się   
   we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania   
   z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych. Z Inspektorem można się kontaktować   
   pod adresem e-mail [inspektor@dolnyslask.pl;](mailto:inspektor@dolnyslask.pl;)
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:

* realizacji procesu naboru i rozpatrzenia wniosku o przyznanie stypendium studentom kształcącym się na kierunku lekarskim
* zawarcia i realizacji umowy;
* wypełnienia obowiązku archiwizacji dokumentów.

1. Podstawami prawnymi przetwarzania danych osobowych w ww. celach są:

* niezbędność wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e RODO) w związku z art. 96 ustawy   
  z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz z uchwałą nr LXVI/1376/24 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 29 lutego 2024 r. w sprawie Regulaminu przyznawania stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim;
* zawarta z Panią/Panem umowa lub działania prowadzące do zawarcia takiej umowy na Pani/Pana żądanie (art. 6 ust. 1. lit b RODO);
* obowiązek prawny ciążący na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), jako płatnika względem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Urzędu Skarbowego oraz obowiązek wynikający z art. 6 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

1. Pani/ Pana dane osobowe mogą być ujawniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom świadczącym usługi na rzecz administratora w tym operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej);
2. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wykonania  umowy  oraz  10  lat  od  zakończenia  roku, w którym umowa była realizowana jeżeli nie odprowadzano składek na ubezpieczenie społeczne lub 50 lat jeżeli składki na ubezpieczenie społeczne były realizowane;
3. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
4. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości przyznania stypendium;
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym również profilowaniu.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych:

………………………………………….. ………………………………………………

miejscowość, data podpis wnioskodawcy

1. Obowiązkowo należy wypełnić na komputerze lub odręcznie drukowanymi literami wszystkie pola wniosku. Jeżeli dane pole nie może zostać wypełnione, należy wpisać „nie dotyczy”. [↑](#footnote-ref-1)