Załącznik Nr 1 do ogłoszenia o naborze wniosków

Załącznik do **REGULAMINU**

**określającego sposób i terminy ubiegania się**

**o pomoc materialną oraz sposób wyłaniania studentów,**

**którym będzie przyznawana pomoc materialna**

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO**

|  |
| --- |
| WYPEŁNIA STUDENT |

1. **Imię (imiona) i nazwisko ……............................................................................................................................................**
2. **Data i miejsce urodzenia ....................................................................................................................................................**
3. **PESEL ....................................................................................................................................................**
4. **Telefon, adres e-mail ....................................................................................................................................................**
5. **Nazwa i adres uczelni ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................**
6. **Obecny rok studiów ...................................................................................................................................................**
7. **Średnia arytmetyczna ocen za ostatni rok akademicki ....................................................................................................................................................**
8. **Adres stałego miejsca zamieszkania ....................................................................................................................................................**
9. **Preferowana dziedzina specjalizacji ....................................................................................................................................................**

Wnioskuję o przyznanie stypendium w roku akademickim ……………………..

Oświadczam, że zgodnie z art. 7 ust. 1-4 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 dla potrzeb naboru i realizacji umowy o stypendium.

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

podpis Studenta

**Załącznik:**

1. zaświadczenie z uczelni o statusie studenta,
2. oświadczenie studenta, że nie korzysta z urlopów określonych w regulaminie studiów i nie powtarza roku.

Załącznik nr 2 do ogłoszenia o naborze wniosków

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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, dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych Pani/Pana danych osobowych jest Starostwo Powiatowe w Kamiennej Górze z siedzibą przy ul. Wł. Broniewskiego 15 w Kamiennej Górze, (58-400). Z Administratorem można się kontaktować pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na adres: ul. Wł. Broniewskiego 15; 58-400 Kamienna Góra lub adres e-mail: [powiat@kamienna-gora.pl](mailto:powiat@kamienna-gora.pl) oraz telefonicznie na nr: 75 6450 100.
2. W sprawie ochrony swoich danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: [iod@kamienna-gora.pl](mailto:iod@kamienna-gora.pl) lub pisemnie na adres siedziby Administratora.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu, w jakim administrator je od Pani/Pana pozyskał i w zakresie niezbędnym do:
   1. wykonania umowy, której Pani/Pan jest stroną lub do podjęcia działań na Pani/Pana żądanie przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b) RODO) – **realizacji przedmiotu umowy,**
   2. wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c) RODO),
   3. celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora (art. 6 ust. 1 lit. f) RODO).

Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do zawarcia umowy.

1. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być instytucje, którym Administrator zobowiązany jest lub może przekazywać Pani/Pana dane osobowe na mocy przepisów prawa, jak również inne podmioty zewnętrzne wspierające Administratora w wypełnieniu ciążącego na nim obowiązku prawnego, poprzez świadczenie usług wsparcia technicznego w zakresie systemów informatycznych.
2. Dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały profilowaniu.
3. Administrator danych nie będzie przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
4. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
5. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Państwu prawo do:
   1. żądania od Administratora dostępu do danych osobowych,
   2. żądania od Administratora sprostowania danych osobowych,
   3. żądania od Administratora usunięcia danych osobowych, w przypadku gdy:
      * dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
      * osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych (dotyczy przetwarzania, o którym mowa w pkt 4 lit. c) RODO,
      * osoba, której dane dotyczą wycofała zgodę na przetwarzanie danych osobowych, która jest podstawą przetwarzania danych i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania danych (dotyczy przetwarzania, o którym mowa w pkt 4 lit. c) RODO,
      * dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
      * dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;
   4. żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych, w przypadku gdy:
      * osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych,
      * przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych osobowych, żądając w zamian ograniczenia ich wykorzystywania,
      * Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
   5. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,
   6. przenoszenia danych osobowych,
   7. wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**OŚWIADCZENIE**

Ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, niżej podpisana/ny oświadczam, że zostałam/em poinformowany o przysługujących mi prawach związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(data, miejsce i podpis osoby składającej oświadczenie)

Załącznik Nr 3 do ogłoszenia o naborze wniosków

**UMOWA W SPRAWIE POMOCY MATERIALNEJ Nr ……**

zawarta w dniu ……….. 2021 roku w Kamiennej Górze pomiędzy:

**Powiatem Kamiennogórskim** zwanym w dalszej części umowy ,,Powiatem”, reprezentowanym przez:

1. – Starostę,
2. – Wicestarostę

**a Panem/Panią** …………………….. zwanym(ą) w dalszej części umowy ,,Studentem”,

zamieszkałym……………, PESEL …………. Legitymującym się dowodem osobistym ……..

studentem ….. roku kierunku lekarskiego na …………………………………….

**przy udziale Powiatowego Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze** **Sp. z o.o**., zwanegodalej ,,Szpitalem”, reprezentowanym przez – Prezesa.

W oparciu o postanowienia Uchwały Rady Powiatu Kamiennogórskiego Nr XXIV/89/2020 z dnia 24.11.2020 roku *w sprawie pomocy materialnej przyznawanej studentom kształcącym się na* *kierunku lekarskim* oraz na podstawie rozstrzygnięcia Zarządu Powiatu z dnia ………………. - Strony zawierają umowę o następującej treści:

**§1**

* + - 1. Przedmiotem umowy jest określenie warunków przyznania i wypłacania pomocy materialnej  
         w formie finansowej zwanej w dalszej części pomocą materialną – studentowi kształcącemu się na kierunku lekarskim.
      2. Student zobowiązuje się do:

1) odbycia w Szpitalu (w tym rozpoczęcia stażu w terminie nie dłuższym niż 6 miesięcy od ukończenia studiów,

* 1. podjęcia zatrudnienia w Szpitalu po odbyciu stażu co najmniej na czas odpowiadający łącznemu okresowi pobierania pomocy materialnej od Powiatu Kamiennogórskiego + 2 lata, tj. co najmniej przez okres …………… po ukończeniu stażu, z zastrzeżeniem ust.3,
  2. otwarcia, po uzgodnieniu z Prezesem Szpitala i w terminie przez Prezesa określonym – specjalizacji w zakresie ………….………**,** tj. jednej ze specjalizacji priorytetowych dla Szpitala (zmiana rodzaju specjalizacji i terminu jej rozpoczęcia dopuszczalna po uzyskaniu pisemnej zgody Prezesa Szpitala).

1. Staż podyplomowy, o który mowa w ust. 2 lit. a nie jest wliczany do okresu odpracowania pobieranej pomocy materialnej.

**§2**

1. Powiat oświadcza, że Student w okresie od …………………….. roku do …………………… roku będzie otrzymywał pomoc materialną na częściowe pokrycie kosztów związanych z odbywaniem studiów.
2. Kwota przyznanej pomocy materialnej *w*ynosi ……… (max. 2.000 złotych brutto miesięcznie).
3. Pomoc materialna będzie przekazywana do 10-go dnia miesiąca za miesiąc poprzedni, na rachunek bankowy Studenta ……...…………………………………………………………………...…………

**§3**

W trakcie obowiązywania umowy Student zobowiązuje się do:

* 1. niezwłocznego informowania Starostwa Powiatowego o każdej zmianie adresu zamieszkania,
  2. przedkładania do Starostwa Powiatowego w Kamiennej Górze zaświadczeń o odbywaniu studiów wydanych przez uczelnię - w terminie 14 dni od rozpoczęcia każdego semestru studiów,
  3. pisemnego poinformowania Starostwa Powiatowego w terminie 14 dni o:
     1. ukończeniu studiów i uzyskaniu dyplomu lekarza,
     2. podjęciu stażu w Powiatowym Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze Sp. z o.o.*,*
     3. podjęciu zatrudnienia w Powiatowym Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze Sp. z o.o. - w wymiarze pełnego etatu co najmniej na okres określony w § 1 ust. 2 pkt. 2,
     4. otwarciu uzgodnionej z Prezesem Szpitala i w określonym przez Prezesa terminie specjalizacji w zakresie ………………………

**§4**

1. Student traci prawo do otrzymywania pomocy materialnej w przypadku:
   * 1. podania nieprawdziwych danych we wniosku o przyznanie pomocy materialnej,
     2. nieprzedłożenia zaświadczenia, o którym mowa w § 3 pkt. 2,
     3. skreślenia z listy studentów,
     4. rezygnacji z prawa do pomocy materialnej i rozwiązania umowy,
     5. korzystania z urlopów określonych w regulaminie studiów.
2. Po zakończeniu urlopów, o których mowa w ust. 1 pkt 5 wypłacanie pomocy materialnej wznawia się.
3. Student ma obowiązek niezwłocznego, pisemnego informowania Powiatu o każdym przypadku wystąpienia zdarzeń, o których mowa w ust. 1 i 2.

**§5**

* + - 1. W przypadkach określonych w § 4 ust. 1 Powiat wstrzymuje wypłatę pomocy materialnej począwszy od miesiąca, w którym zaistniały przesłanki utraty prawa do otrzymywania pomocy materialnej.
      2. W przypadkach, o których mowa § 4 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 wznowienie wypłaty pomocy materialnej następuje od miesiąca następującego po miesiącu, w którym zakończyły się przesłanki powodujące utratę prawa do otrzymywania pomocy materialnej.
      3. Zaistnienie przypadków określonych w § 4 ust. 1 pkt. 1, 3 i 4 oraz niedotrzymanie innych warunków określonych w umowie, a także rozwiązanie umowy o pracę ze Szpitalem z przyczyn leżących po stronie pracownika - stanowi podstawę do rozwiązania niniejszej umowy i żądania przez Powiat zwrotu kwoty w wysokości odpowiadającej całości pomocy materialnej pobranej przez Studenta.
      4. Po otrzymaniu wezwania do zwrotu kwoty, o której mowa w ust. 3 Student jest zobowiązany dokonać wpłaty całej kwoty - w terminie do 30 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty na rachunek bankowy Starostwa Powiatowego w Kamiennej Górze ………………….………………
      5. Na wniosek Studenta Zarząd Powiatu może spłatę kwoty podlegające*j* zwrotowi rozłożyć na raty, jednak nie więcej niż na 6 miesięcznych rat.

**§6**

Student oświadcza, że:

1. jako zabezpieczenie wykonania umowy składa do dyspozycji Powiatu Kamiennogórskiego weksel in blanco na łączną sumę otrzymanej pomocy materialnej, opatrzony jego podpisem jako wystawcy wraz z deklaracją wekslową, w której upoważnia Powiat do uzupełnienia weksla  
   w każdym czasie - w przypadku niedotrzymania warunków niniejszej umowy,
2. Powiat Kamiennogórski ma prawo opatrzyć złożony weksel datą płatności według swego uznania oraz uzupełnić go brakującymi elementami, w tym klauzulą ,,bez protestu”, zawiadamiając studenta o tym fakcie listem poleconym wysłanym pod wskazany adres, przynajmniej na 7 dni przed terminem płatności weksla,
3. zobowiązuje się do zapłaty sumy wekslowej po otrzymaniu wezwania o zwrot należnej kwoty – w terminie do 30 dni od dnia otrzymania wezwania.

**§7**

Prezes Szpitala oświadcza, że umożliwi Studentowi odbywanie stażu, a następnie zatrudni Studenta w wymiarze pełnego etatu w Powiatowym Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze Sp. z o.o. co najmniej na czas odpowiadający łącznemu okresowi pobierania pomocy materialnej od Powiatu Kamiennogórskiego + 2 lata, tj. na okres co najmniej **…………….…….** po ukończeniu stażu - umożliwiając otwarcie w ustalonym terminie wymienionej w umowie lub innej uzgodnionej  
z Prezesem specjalizacji priorytetowej dla Szpitala. Uzgodnienia dotyczące zmiany rodzaju specjalizacji lub terminu jej rozpoczęcia wymagają formy pisemnej.

**§8**

Student oświadcza, że wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych w związku  
z przyznaniem i wypłatą pomocy materialnej oraz w celach promocyjnych pomocy materialnej.

**§9**

Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§10**

1. Umowa może być rozwiązana za porozumieniem stron.
2. Umowa ulega rozwiązaniu w przypadkach określonych w § 5 ust. 3.
3. W przypadku rozwiązania umowy na wniosek Studenta zobowiązany jest on do zwrotu dotychczas pobranej pomocy materialnej na zasadach określonych w § 5 ust. 3 do 5.

**§11**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz uchwały Rady Powiatu Kamiennogórskiego w sprawie *pomocy materialnej przyznawanej studentom kształcącym się na kierunku lekarskim.*

**§12**

Wszelkie spory wynikające z realizowania postanowień niniejszej umowy będzie rozstrzygał sąd powszechny właściwy dla siedziby Powiatu Kamiennogórskiego.

**§13**

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze stron oraz jednym dla Powiatowego Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze Sp. z o.o.

W załączeniu do umowy podpisywane są:

1. weksel In blanco
2. deklaracja wekslowa
3. informacje Administratorów RODO