 

**WNIOSEK**

o przyznanie stypendium

studentowi kształcącemu się w szkole wyższej na kierunku lekarskim

|  |
| --- |
| **Osoba wnioskująca o stypendium (imię, nazwisko, adres, tel., e-mail):**  …………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Uczelnia wyższa:**  ………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Kierunek studiów:**  …………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Rok studiów:**  …………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Data zaliczenia V roku studiów:**  …………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Średnia ocen za poprzedni rok akademicki:**  ……………………………….........................................................................................................................  …………………………………...................................................................................................................... |

|  |  |
| --- | --- |
| .......................................................  potwierdzenie Dziekanatu | .......................................................  data i podpis wnioskodawcy |

**Załączniki:**

1) zaświadczenie z uczelni o statusie studentki/studenta;

2) zaświadczenie z uczelni o średniej ocen z egzaminów za ostatni rok studiów przed złożeniem wniosku;

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

4) zobowiązanie do podjęcia zatrudnienia w publicznym podmiocie leczniczym, dla którego Gmina

Częstochowa jest organem założycielskim, po zakończeniu kształcenia, jednak nie później niż w ciągu18 miesięcy po zakończeniu studiów, na okres nie krótszy niż 3 lata.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji programu "Dostępny lekarz" (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO)*