**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE STYPENDIUM STUDENTOM KSZTAŁCĄCYM SIĘ NA KIERUNKACH PIELĘGNIARSKIM I POŁOŻNICZYM W ROKU AKADEMICKIM 2023/2024**

1. **Imię (imiona) i nazwisko ............................................................................................................................**
2. **Data i miejsce urodzenia ...........................................................................................................................**
3. **Telefon, adres e-mail .................................................................................................................................**
4. **Nazwa i adres uczelni ................................................................................................................................**
5. **Obecny rok studiów ..................................................................................................................................**
6. **Adres stałego miejsca zamieszkania........................................................................................................**
7. **Nr rachunku bankowego …………………………………………………………………………………………**

Wnioskuję o przyznanie stypendium na okres od 1 października 2023 r. do 29 lutego 2024 r.

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.

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

Czytelny podpis Studenta

**Załączniki:**

1) zaświadczenie z uczelni o statusie studenta, z informacją o realizowaniu przez studenta nauki zgodnie   
z planem studiów (bez powtarzania roku, korzystania z urlopów)

2) klauzula informacyjna