**WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM**

|  |
| --- |
| **DLA STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO W ROKU AKADEMCIKIM 202…/202…****Wypełnia Student** |
| Data i miejsce wypełnienia wniosku: |  |
| Nazwisko: |  |
| Imię (imiona): |  |
| Imię ojca: |  |
| Imię matki: |  |
| Nazwa uczelni: |  |
| Rozpoczynany rok studiów: |  |
| Średnia ocen za ostatni rok akademicki: |  |
| PESEL: | Tel.: |
| Adres e-mail: |  |
| **Miejsce stałego zamieszkania** |
| ulica: | nr domu / mieszkania: |
| miejscowość: | powiat: |
| kod pocztowy: |  | województwo: |  |
| **Miejsce zamieszkania w dacie rozpoczęcia studiów** |
| ulica: | nr domu / mieszkania: |
| miejscowość: | powiat: |
| kod pocztowy: |  | województwo: |  |

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że:**1. powyższe dane są prawdziwe,2. akceptuję wzór umowy o przyznanie stypendium stanowiący załącznik do ogłoszenia o naborze wniosków,3. znane mi są zapisy uchwały nr XXIII/230/2020 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 27 października 2020 r. (Dz. Urz. Woj. Op. 2020 r. poz. 2892 ze zm.) *w sprawie stypendium przyznawanego przez Województwo Opolskie studentom kształcącym się na kierunku lekarskim,*4. w przypadku przyznania mi stypendium zobowiązuję się do:1. zrealizowania stażu podyplomowego na terenie Województwa Opolskiego, a następnie podjęcia pracy w podmiocie leczniczym, którego podmiotem tworzącym jest Województwo Opolskie, inna jednostka samorządu terytorialnego na terenie województwa opolskiego, właściwy minister lub Uniwersytet Opolski, zgodnie z podpisaną umową, na okres pracy odpowiadający okresowi pobierania stypendium, liczony pełnymi latami,
2. podjęcia pracy niezwłocznie po zakończeniu nauki objętej programem studiów na kierunku lekarskim, po odbyciu stażu podyplomowego oraz po uzyskaniu pełnego prawa do wykonywania zawodu, jednak nie później niż 3 miesiące po jego uzyskaniu

preferowany podmiot leczniczy ..........................................................................................................................................1. dokonania wyboru specjalizacji lekarskiej, która jest deficytowa w podmiocie leczniczym, w którym podejmę zatrudnienie,

5. zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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 zawartych w niniejszym wniosku dla potrzeb naboru i realizacji umowy o przyznanie stypendium,6. w przypadku przyjętego wniosku o przyznanie stypendium wyrażam zgodę na publikację moich danych osobowych w Biuletynie Informacji Publicznej Samorządu Województwa Opolskiego. **Do wniosku załączam:**1. zaświadczenie z uczelni o statusie studenta wraz z informacją o realizowaniu przez studenta nauki zgodnie z planem studiów, w tym korzystaniu z urlopów określonych w regulaminie studiów oraz powtarzaniu roku,2. zaświadczenie z uczelni o średniej ocen z egzaminów za ostatni rok akademicki poprzedzający rok złożenia wniosku,3. klauzulę informacyjną RODO – załącznik nr 1 do wniosku o przyznanie stypendium.…………….………………………………………(podpis studenta)**Wypełnia Komisja****ds. rozpatrzenia wniosków o przyznanie stypendium**\* Komisja proponuje przyznanie stypendium:w kwocie 2000 zł / m-c(słownie: dwa tysiące złotych 00/100)Podpis Przewodniczącego Komisji…………………………………….\*Wniosek odrzucono (z powodu)………………………………………………………….....…....................................................................................................................................................................................................................................................................................\* niepotrzebne skreślić |