

Załącznik nr 2 do Regulaminu ustalania wysokości, przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej dla studentów Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Białymstoku

Nr wniosku: Rok akademicki: 201.../201...
Data wpłynięcia:/...../201...r.

Podpis osoby przyjmującej:.....

Adnotacje:.....

.....

Białystok, dnia

Dziekan Wydziału
Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania
w Białymstoku*/Wyższej Szkoły Finansów i
Zarządzania w Białymstoku, Filia w
Elku*/Wydziału Zamiejscowego w Ostrowi
Mazowieckiej*

wypełnia pracownik Biura Stypendialnego

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM
specjalnego dla osób niepełnosprawnych**

I Dane studenta

Proszę wypełniać drukowanymi literami!

Nazwisko Imię.....

Nr albumu..... **Nr PESEL** **Obywatelstwo:**

Adres stałego zameldowania: kod pocztowymiejsowość.....

ulica nr domu nr lokalu

Adres e-mail: telefon:

Kierunek studiów Studia I / Studia II stopnia*

Rok studiów Semestr studiów Studia stacjonarne/niestacjonarne*

Dokument stwierdzający moją niepełnosprawność **jest ważny do**

II Dokumenty, uzasadnienie

Do wniosku należy załączyć oryginały lub uwierzytelnione kopie dokumentów potwierdzających niepełnosprawność. Poniżej należy wypisać numery załączonych dokumentów.

1. Dokument stwierdzający niepełnosprawność, **numer dokumentu**
2. Oświadczenie o niepobieraniu świadczeń pomocy materialnej na więcej niż jednym kierunku studiów

III Oświadczenie studenta

1. Jestem osobą niepełnosprawną.
2. Zapoznałem(-am) się z Regulaminem ustalania wysokości, przyznawania i wypłacania świadczeń pomocy materialnej dla studentów Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Białymstoku.
3. Świadomy odpowiedzialności dyscyplinarnej i karnej za podanie niezgodnych z prawdą oświadczeń stwierdzam, że wszystkie podane we wniosku i załącznikach dane są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (t.j.: Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) oraz przepisami wewnętrznymi obowiązującymi w WSiFZ w Białymstoku, wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do rozpatrzenia i realizacji wniosku o przyznanie pomocy materialnej. Wiem, że przysługuje mi prawo wglądu i poprawiania moich danych osobowych.

.....
Data

.....
Czytelny podpis studenta/-ki/

* niewłaściwie skreślić