

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
Ełku*/Wydziału Zamiejscowego w Ostrowi
Mazowieckiej***

wypełnia pracownik Biura Stypendialnego

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

I Dane studenta

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. Dokument stwierdzający niepełnosprawność, numer dokumentu
3. 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 WSiFIZ 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/