

Bielsko-Biała, dnia.....

Nazwisko i imię..... Nr albumu.....

Rok studiów..... Semestr.....

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy..... Nazwa grupy .....

Wpłynęło dnia .....

L. dz. ....

**Rodzaj studiów:** stacjonarne / niestacjonarne \*

**Kierunek studiów:** Finanse i Rachunkowość / Informatyka / Bezpieczeństwo Wewnętrzne / Prawo / Administracja / Cyberprzestrzeń i Komunikacja Społeczna / Logistyka \*

Nr rachunku bankowego : \_\_\_\_\_

### WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Do wniosku dołączam:

- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności / orzeczenie o niepełnosprawności / orzeczenie, o którym mowa w art. 5 oraz art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573)\* wydane przez: .....

#### Oświadczam, że:

- posiadam status studenta dłużej niż przez okres 6 lat **TAK/ NIE\*** (obliczając okres posiadania statusu studenta należy uwzględnić wszystkie okresy studiowania na wszystkich uczelniach);
- ukończyłem/am studia I stopnia **TAK / NIE\***;
- ukończyłem/am studia II stopnia **TAK / NIE\***;
- ukończyłem/am jednolite studia magisterskie **TAK / NIE\***;
- moja niepełnosprawność powstała w dniu .....tj. w trakcie studiów na kierunku ....., prowadzonych w Uczelni ....., ukończonych w dniu .....
- moja niepełnosprawność powstała w dniu ..... tj. po uzyskaniu tytułu zawodowego ....., który uzyskałem(am) kończąc studia na kierunku ..... w dniu.....;
- jestem kandydatem(tką) na żołnierza zawodowego lub żołnierzem zawodowym który podjął(ęła) studia na podstawie skierowania przez właściwy organ wojskowy i otrzymałem(am) pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych **TAK / NIE\***;
- jestem funkcjonariuszem(szką) służby państwowej w służbie kandydackiej lub funkcjonariuszem(szką) służby państwowej który podjął(ęła) studia na podstawie skierowania lub zgody właściwego przełożonego i otrzymałem(am) pomoc w związku z pobieraniem nauki na podstawie przepisów o służbie **TAK / NIE\***;
- zapoznałem/am się z Regulaminem świadczeń dla studentów Wyższej Szkoły Finansów i Prawa w Bielsku-Białej oraz nie ubiegam się o przyznanie ani nie pobieram w/w stypendium na innym kierunku/ wydziale ani na innej uczelni.

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania z art. 233 § 1 w zw. z § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 z późn. zm.) oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej za podawanie nieprawdziwych danych oraz obowiązku zwrotu nieprawnie pobranego stypendium, **oświadczam**, że podane wyżej informacje, są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym. Zobowiązuje się do poinformowania Uczelni o zachodzących zmianach mających wpływ na prawo do otrzymywania stypendium dla osób niepełnosprawnych.

Bielsko-Biała dnia .....

.....  
własnoręczny podpis studenta

\* niepotrzebne skreślić

## KLAUZULA INFORMACYJNA

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 art. 14 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informuję, iż:**

e) **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Rektor Wyższej Szkoły Finansów i Prawa w Bielsku-Białej z siedzibą w Bielsku-Białej, ul. Tańskiego 5, 43-382 Bielsko-Biała.

**Dane kontaktowe administratora:**

Kontakt z administratorem danych osobowych jest możliwy za pośrednictwem adresu email: [ado@wsfip.edu.pl](mailto:ado@wsfip.edu.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora.

**Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych:**

Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (kontakt za pomocą adresu email: [iod@wsfip.edu.pl](mailto:iod@wsfip.edu.pl)) z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem.

f) **Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania:**

Dane osobowe przetwarzane Pani/Pana przetwarzane są zgodnie z Ustawą Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z dnia 20 lipca 2018r. Dz.U. poz. 1668 .

g) **Okres przechowywania danych:**

Dane będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji Ustawy "Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce".

h) **Przysługuje Pani/Panu prawo do:**

- dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, oraz prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie .
- wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), jeżeli uważa Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.  
Adres organu nadzorczego: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa Telefon: 22 860 70 86 elektroniczną skrzynkę podawczą dostępną na stronie: <https://www.uodo.gov.pl/pl/p/kontakt>

**STWIERDZAM:** (wypełnia pracownik Uczelni)\*

- kompletność złożonych dokumentów
- wezwano studenta do uzupełnienia wniosku w dniu .....
- wniosek został uzupełniony w dniu .....

.....  
(podpis pracownika administracyjnego)

\* niepotrzebne skreślić