Załącznik do Regulaminu

**Samodzielny Publiczny Zakład**

**Opieki Zdrowotnej w Kępnie**

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE STYPENDIUM ZARZĄDU POWIATU KĘPIŃSKIEGO dla studenta uczelni WYŻSZEJ NA kierunku lekarskim LUB PIELĘGNIARSKIM/ *POŁOŻNICZYM***

Zgodnie z Zarządzeniem …./…./2020 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kępnie z dnia ………. 2020 r. w sprawie stypendium Zarządu Powiatu Kępińskiego przyznawanego studentom kształcącym się w szkole wyższej na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim/ *położniczym*, wnioskuję o przyznanie mi stypendium w roku akademickim 20…../20……. .

Dane wnioskodawcy:

1. imię (imiona) i nazwisko:................................................................................................................................

2.data urodzenia:.................................................................................................................................................

3.adres zameldowania:........................................................................................................................................

4.adres do korespondencji .................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………................

5 nazwa i adres uczelni oraz wydziału .……………………...........................................................................................................................................

 ………………………………………………………………………………………………………………...

6. rodzaj i kierunek studiów ………………………………………………………………………………….

7. rok studiów: ……………………………….

8. średnia arytmetyczna ocen za ostatni rok studiów przed złożeniem wniosku …………………………….

Proszę o przekazywanie przyznanego stypendium na rachunek bankowy nr:

………………………………………………………………………………………………………………..

w banku: ……………………………………………………………………………………………………..

Dane dobrowolne: numer telefonu.................................... e-meil …………………………………………..

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z przyznaniem stypendium i świadczenia pracy zgodnie z rozporządzeniem 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.

Potwierdzam prawdziwość danych wpisanych we wniosku świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej.

Miejscowość, data: ................................................ ...............................................................

 (czytelny podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1.Zaświadczenie z uczelni o statusie studenta z informacją o realizowaniu nauki zgodnie z planem studiów.

2. Zaświadczenie z uczelni o średniej ocen za ostatni rok studiów przed złożeniem wniosku.

2.Oświadczenie wnioskodawcy o nie korzystaniu z urlopów określonych w regulaminie studiów, urlopu macierzyńskiego i rodzicielskiego.

3. Zobowiązanie do podjęcia i świadczenia pracy w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Kępnie, przy czym okres zatrudnienia nie może być krótszy niż okres pobierania stypendium.

Załącznik do wniosku

**Zobowiązanie**

Niżej podpisana/y zobowiązuję się do podjęcia i świadczenia pracy w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Kępnie w okresie nie krótszym niż okres pobierania przyznanego mi stypendium.

………………………..….

 Czytelny podpis