



3. Zapoznałem/am się z regulaminem świadczeń dla studentów Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku.

### Rodzina skład się z niżej wymienionych osób:

Lp.	Imię i Nazwisko	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Miejsce zatrudnienia/ nauki* <sup>1</sup>	Roczny dochód netto* <sup>2</sup>
1. Roczny dochód rodziny.					
2. Łączna kwota (za rok poprzedni) alimentów płaconych na rzecz innych osób nie będących we wspólnym gospodarstwie domowym.					
3. Łączna kwota (za rok poprzedni) opłat poniesionych z tytułu przebywania członka rodziny w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie.					
4. Miesięczny dochód rodziny (pkt 1-pkt 2-pkt 3): 12 miesięcy.					
5. Miesięczny (za rok poprzedni) dochód utracony.					
6. Miesięczny (w roku bieżącym) dochód uzyskany.					
7. Miesięczny dochód rodziny (pkt 4-pkt 5+pkt 6).					
8. Miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na osobę (pkt 7:liczba osób w rodzinie).					

\*<sup>1</sup> źródło dochodu

\*<sup>2</sup> dochód netto = dochód-podatek należny - składki na ubezpieczenie zdrowotne - składki na ubezpieczenie społeczne (obliczy na podstawie zaświadczenia z Urzędu Skarbowego).

Zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku o zmianach w sytuacji mojej rodziny.

Kłodzko, dnia .....

.....  
( podpis studenta )

**OŚWIADCZENIE O NIEPOBIERANIU ŚWIADCZEŃ POMOCY  
MATERIALNEJ NA INNYM KIERUNKU STUDIÓW**

(wypełniać drukowanymi literami)

Ja, niżej podpisana/ a .....  
świadomy/ a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny), stosownie do przepisu art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U.2021.478 t.j.) oświadczam, że w roku akademickim 2021/2022:

1. Wskazuję kierunek ..... na którym studiuje  
w Wyższej Szkole Medycznej w Kłodzku, jako ten na którym ubiegam się o świadczenie pomocy materialnej (zaznaczyć odpowiednio):

- stypendium socjalne,
- stypendium dla osób niepełnosprawnych,
- zapomoga,
- stypendium rektora dla najlepszych studentów,
- stypendia rektora za wyróżniające wyniki w nauce, osiągnięcia naukowe lub artystyczne.

2. Nie ubiegałem/am się i nie będę ubiegać się o wyżej wskazane świadczenia pomocy materialnej na innym kierunku studiów.

Kłodzko, dnia .....

.....  
( podpis studenta )



**Załącznik nr 1 do Regulaminu  
świadczeń dla studentów WSM w Kłodzku**

**OŚWIADCZENIE STUDENTA WSM W KŁODZKU O POSIADANYCH  
TYTUŁACH ZAWODOWYCH**

(wypełniać drukowanymi literami)

Ja, niżej podpisana/ a .....

świadomy/ a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny) oraz świadomy(-a) odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych, w tym odpowiedzialności dyscyplinarnej, aż do wydalenia z uczelni i obowiązku zwrotu nieprawnie pobranego stypendium,  
oświadczam że:

- ukończyłem(-am)/nie ukończyłem(-am)\* studia I stopnia:

.....  
(proszę wpisać nazwę uczelni i uzyskany tytuł zawodowy: licencjata, inżyniera lub równorzędny)

- ukończyłem(-am)/nie ukończyłem(-am)\* studia II stopnia/jednolite magisterskie\*

.....  
(proszę wpisać nazwę uczelni i uzyskany tytuł zawodowy: magistra, magistra inżyniera lub równorzędny)

Kłodzko, dnia .....

.....  
( podpis studenta )

\* niepotrzebne skreślić

## KLAUZULA INFORMACYJNA DO WNIOSKÓW O STYPENDIA

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku z siedzibą przy ul. Warty 21, 57-300 Kłodzko;
2. Z Administratorem można się kontaktować:
  - telefonicznie pod numerem: 74 867 13 02; 531 604 500
  - mailowo na adres skrzynki: [dziekanat@wsm.klodzko.pl](mailto:dziekanat@wsm.klodzko.pl)
3. Powołany Inspektor Ochrony Danych: Rafał Guzik; kontakt: [abi@vp.pl](mailto:abi@vp.pl)
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku i ewentualnego przyznania stypendium zgodnie Regulaminem świadczeń dla studentów Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku w ramach realizacji prawnie uzasadnionych zadań Administratora.
5. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest art. 6 ust 1 lit. c) RODO, tj. wypełnienie obowiązków prawnych ciążących na Administratorze w związku z Regulaminem świadczeń dla studentów Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku na podstawie art. 86 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce;
6. Pana/Pani dane osobowe mogą zostać udostępnione wewnętrznym jednostkom organizacyjnym Administratora, podmiotom świadczącym usługi na rzecz Administratora na podstawie zawartych umów oraz innym organom lub podmiotom upoważnionym na podstawie odrębnych przepisów;
7. Administrator może powierzyć innemu podmiotowi, w drodze umowy zawartej na piśmie, przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w imieniu Administratora, w szczególności będą to podmioty dostarczające i utrzymujące oprogramowanie wykorzystywane w celu przetwarzania danych studentów;
8. Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane osobowe przez okres trwania procesu kształcenia, a następnie przez okres 5 lat, chyba że przepisy odrębne przewidują inny okres przechowywania. Natomiast, w przypadku przetwarzania Pani/Pana danych na podstawie zgody, nie dłużej niż do momentu wycofania Pani/Pana zgody;
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu, a także nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
10. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych, sprostowania danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych, niepodlegania decyzjom opartym wyłącznie na profilowaniu, wycofania zgody, gdy dane są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody;
11. Podanie swoich danych osobowych jest dobrowolne, lecz ich niepodanie spowoduje odmowę przyznania stypendium;
12. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych – w przypadku podejrzenia, że dane osobowe są przetwarzane przez Administratora z naruszeniem przepisów prawa.

.....  
Data, podpis