

Żary, dnia.....

Semestr	zimowy/letni*
Rok akademicki
Data wpływu wniosku
Podpis osoby przyjmującej

Komisja Stypendialna

(WYPEŁNIANIE KOMISJA STYPENDIALNA)

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Kierunek studiów					
Nazwisko		Imiona			
Nr albumu		Nr PESEL			
Adres zameldowania					
Miejscowość		Kod pocztowy		Obywatelstwo	
Ulica		Nr domu		Lokal	
Adres e-mail		Telefon		Studia: stacjonarne/niestacjonarne	
Stopień studiów	pierwszy / drugi	Semestr studiów		Kierunek studiów	
Numer konta bankowego					

Dokument stwierdzający moją niepełnosprawność jest ważny do:

Stopień niepełnosprawności zgodnie z orzeczeniem: lekki / umiarkowany / znaczny *

Dokumenty, uzasadnienie

Do wniosku należy załączyć oryginały lub uwierzytelnione kopie dokumentów potwierdzających niepełnosprawność. Dokumenty powinien ponumerować i podpisać wnioskujący student. Poniżej należy wpisać numery załączonych dokumentów oraz nazwę i krótki opis ich zawartości.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że:

1. Jestem osobą niepełnosprawną.
2. Zapoznałem(-am) się z „Regulaminem świadczeń dla studentów Łużyckiej Szkoły Wyższej na rok akademicki 20...../20... ”
3. Świadomy(-a) odpowiedzialności dyscyplinarnej i karnej za podanie niezgodnych z prawdą oświadczeń stwierdzam, że podane we wniosku i w załącznikach dane są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Jestem świadomy, że jeżeli po ukończeniu jednego kierunku studiów kontynuuję naukę na drugim kierunku studiów, nie przysługuje mi prawo do stypendium, chyba że kontynuuję studia po ukończeniu studiów pierwszego stopnia w celu uzyskania tytułu zawodowego magistra lub równorzędnego, jednakże łączny czas pobierania świadczeń nie może przekroczyć 12 semestrów.
5. Łączny okres przez, który przysługują świadczenia wynosi _____ semestr (y,ów) i nie przekracza okresu wskazanego w art.93 ust. 4 i 5 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t. jedn. Dz. U. z 2021 r., poz. 478 ze zm.).
6. Zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych zawartą w Regulaminie świadczeń dla studentów Łużyckiej Szkoły Wyższej na rok akademicki 20...../20..... i wyrażam zgodę na przetwarzane moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz przepisami wewnętrznymi w celu realizacji postępowania o przyznawanie pomocy materialnej, oraz w przypadku przyznania świadczeń pomocy materialnej – w procesie obsługi wypłacania świadczeń.
7. Jestem świadomy, że prawo do świadczeń pomocy materialnej przysługuje mi tylko na jednym kierunku studiów, tylko w jednej uczelni.

*- skreślić niewłaściwe

.....

(data i podpis studenta)