**WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**w roku akademickim 2025/2026**

**I. Dane studenta**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko:** | | | **Imię:** | | | **Numer albumu:** |
| **Adres stałego zameldowania studenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Adres do korespondencji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **zgodny z podanym w Dziekanacie**  **Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| **Studiuję na** \_\_\_\_\_ **roku w roku akademickim 2025/2026** | | | | **Rok rozpoczęcia obecnych studiów:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Kierunek:** | **□** Administracja/Zarządzanie – *dotyczy tylko I roku ………………………..*  □ Transport – spedycja - logistyka  **□** Administracja **□** Prawo **□** Bezpieczeństwo wewnętrzne **□** Zarządzanie **□** Kryminologia | | | | | |
| **Typ studiów:** | | **□** pierwszego stopnia  **□** drugiego stopnia  **□** jednolite studia magisterskie | | **Rodzaj studiów:** | **□** stacjonarne  **□** niestacjonarne | |

**Proszę o przekazanie pomocy materialnej w formie bezgotówkowej na wskazane konto bankowe:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr rachunku |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**UWAGA – jeżeli numer rachunku bankowego był wcześniej podany i nie zmienił się, nie trzeba podawać go jeszcze raz.**

**II. Proszę o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych \*):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Oświadczam, że posiadam orzeczony stopień niepełnosprawności:\*)  □ lekki  □ umiarkowany  □ znaczny | orzeczenie ważne do: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | – |  |  | – |  |  |  |  | |

**WYPEŁNIĆ OBOWIĄZKOWO**

**III. Oświadczam, że studiuję/studiowałam/em na następujących kierunkach studiów (należy wymienić wszystkie studia, które podjęła/ął Pani/Pan zarówno w WSPiA, jak i na innych uczelniach, dotyczy studiów ukończonych i nieukończonych, w tym również studia za granicą):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa uczelni | Kierunek | Poziom studiów – I i II stopnia, jednolite mgr | Data rozpoczęcia studiów | Uzyskany tytuł – licencjat, inżynier, mgr | Data obrony pracy dyplomowej | Data skreślenia z listy studentów | Liczba rozpoczętych semestrów |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**V. Złożyłam/em wniosek o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych na INNYM kierunku studiów lub na INNEJ uczelni:**

□ NIE

□ TAK na kierunku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

na uczelni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VI. Oświadczenia:**

1. **Zobowiązuję się do poinformowania WSPiA Rzeszowskiej Szkoły Wyższej, w terminie 7 dni od daty zaistnienia zdarzenia, o:**
2. uzyskaniu prawa do pobierania stypendium dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku studiów lub w innej uczelni,
3. ukończeniu studiów na innym kierunku w trakcie trwania roku akademickiego,
4. zaistnieniu okoliczności mających wpływ na ustalenie prawa do świadczeń lub jego wysokości określonych w Regulaminie.
5. W przypadku zaistnienia jednego ze zdarzeń prawnych, o których mowa w § 27 ust. 1 lub ust. 2 Regulaminu **oświadczam**, że wyrażam zgodę odpowiednio na - zmianę   
   lub uchylenie decyzji o przyznaniu prawa do świadczenia lub/i ustalenia wysokości świadczenia.
6. Wszystkie załączone dokumenty i dane w nich zawarte są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.
7. W przypadku bezprawnie pobranego lub nienależnie wypłaconego stypendium dla osób niepełnosprawnych zobowiązuję się do jego zwrotu. W sytuacji otrzymywania innego świadczenia w Uczelni, wyrażam zgodę na potrącenie nienależnie wypłaconej mi kwoty z tego świadczenia.
8. **Oświadczam**, że zapoznałam/em się z Regulaminem świadczeń dla studentów WSPiA Rzeszowskiej Szkoły Wyższej w roku akademickim 2025/2026.
9. **Oświadczam**, że decyzję w niniejszej sprawie oraz ewentualne jej zmiany odbiorę w Dziale Spraw Socjalnych Studentów i WDS WSPiA Rzeszowskiej Szkoły Wyższej   
   w terminie 14 dni licząc od daty wydania decyzji przez odpowiednią komisję stypendialną.
10. **Oświadczam**, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie, w niniejszym wniosku, fałszywych oświadczeń dotyczących okoliczności, od których uzależnione jest nabycie prawa do wnioskowanego świadczenia.
11. **Oświadczam**, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną wynikającą z art. 13 i 14 RODO (Załącznik Nr 9 do Regulaminu) oraz że wypełniłam/em obowiązki informacyjne wynikające z przepisów o ochronie danych osobowych wobec osób, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałam/em i zawarłam/em   
    we wniosku o świadczenie.
12. **Oświadczam,** że zostałam/em poinformowana/y o zasadach przetwarzania danych osobowych w WSPiA Rzeszowskiej Szkole Wyższej stosownie do treści Rozporządzenia 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 oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

|  |  |
| --- | --- |
| Rzeszów, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *data* | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *podpis studenta obejmujący wszystkie oświadczenia*  *zawarte w niniejszym wniosku* |

**W CELU UDOKUMENTOWANIA WNIOSKU PRZEDSTAWIAM NASTĘPUJĄCE ZAŁĄCZNIKI:**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_