Wzór nr 2

|  |
| --- |
| **WNIOSEK O PRZYZNANIE ZAPOMOGI W SEMESTRZE ZIMOWYM/LETNIM\*) ROKU AKADEMICKIEGO 20.…../20……** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko studenta  Numer albumu  Wydział  Rok studiów i nazwa kierunku/dyscypliny\*)    Poziom kształcenia\*): pierwszy stopień / drugi stopień / trzeci stopień  Forma studiów\*): stacjonarne / niestacjonarne  **Dotychczasowy okres kształcenia, na PK i innej uczelni:**  **1) Studia pierwszego stopnia……………………………semestrów.**  **2) Studia drugiego stopnia…………………….…………semestrów.**  **Uwaga:**  **Łączny okres, przez który przysługuje świadczenie wynosi 12 semestrów, bez względu na ich pobieranie przez studenta (patrz § 1ust. 8 Regulaminu).**  Na dzień składania wniosku:   1. posiadam/nie posiadam\*) tytuł\*): licencjat / inżynier / magister / magister inżynier lub równorzędny / doktor 2. kształcę/nie kształcę\*) się równocześnie na kierunku …………..………………   (nazwa kierunku i nazwa Uczelni wyższej) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Rektor/Komisja Stypendialna**\*)  **Wydział**      **POLITECHNIKA KRAKOWSKA** | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres stałego zamieszkania  Adres do korespondencji  e-mail  nr telefonu do kontaktu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |
| Nr konta bankowego wnioskodawcy |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |

**Proszę o przyznanie zapomogi z powodu (zaznaczyć znakiem „x” lub kliknąć w symbol ☐):**

**kradzieży,**

**powodzi,**

**pożaru,**

**ciężkiej choroby studenta lub nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ student,**

**utratę lub zakup niezbędnej do studiowania pomocy medycznej, w szczególności szkieł korekcyjnych bądź sprzętu rehabilitacyjnego,**

**śmierci najbliższego członka rodziny studenta, ciężkiej choroby lub nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ najbliższy członek rodziny studenta,**

**urodzenia się dziecka studenta,**

**inne**

**Opis zdarzenia (skrót):**

**Do wniosku dołączam:**

Świadoma/y\*) odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych i obowiązku zwrotu nieprawnie pobranego świadczenia, oświadczam, że podane wyżej informacje są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązującym „**Regulaminem świadczeń dla studentów Politechniki Krakowskiej**”.

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA STUDENTA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ZAPOMOGĘ**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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 – RODO) zostałem poinformowany, że:

1. administratorem danych osobowych jest Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki z siedzibą w Krakowie przy ul. Warszawskiej 24, 31-155 Kraków;
2. kontakt z inspektorem ochrony danych w Politechnice Krakowskiej im. Tadeusza Kościuszki możliwy jest pod adresem e-mail iodo@pk.edu.pl i tel. 12 628 22 37;
3. dane osobowe przetwarzane będą w celu uzyskania stypendium wskazanym we wniosku,
4. dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust 1 pkt c zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO), w szczególności na podstawie:
5. ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce,
6. ustawy o świadczeniach rodzinnych;
7. rozporządzenia w sprawie sposobu i trybu postępowania w sprawach o przyznanie świadczeń rodzinnych oraz zakresu informacji, jakie mają być zawarte we wniosku, zaświadczeniach i oświadczeniach o ustalenie prawa do świadczeń rodzinnych;
8. obwieszczenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ogłaszanego w miesiącu lipcu każdego roku podatkowego w sprawie wysokości dochodu za dany rok podatkowy uzyskanego z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów   
   o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne;
9. rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie wysokości dochodu rodziny albo dochodu osoby uczącej się stanowiących podstawę ubiegania się o zasiłek rodzinny i specjalny zasiłek opiekuńczy, wysokości świadczeń rodzinnych oraz wysokości zasiłku dla opiekuna;
10. ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych;
11. ustawy o pomocy społecznej;
12. obowiązującego Zarządzenia Rektora PK w sprawie wprowadzenia na Politechnice Krakowskiej przepisów kancelaryjnych i archiwalnych;
13. dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do ostatecznego rozpatrzenia sprawy;
14. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność   
    z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
15. podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym;
16. przy przetwarzaniu podanych danych osobowych nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **miejscowość, data** | **podpis studenta** |

\*) niepotrzebne skreślić

***Wypełnia pracownik dziekanatu:***

Dochód miesięczny na osobę w rodzinie studenta za rok …………….. wynosi:

– zgodnie ze złożonymi dokumentami …………………….. zł;

– zgodnie ze złożonym przez studenta oświadczeniem (jeśli student nie otrzymuje świadczeń) ………………….. zł.

Data złożenia wniosku w dziekanacie ........................................... r.

Pieczęć i podpis pracownika dziekanatu .........................................