*załącznik nr 3 (WSAP)*

*Data przyjęcia wniosku, pieczęć i podpis*pracownika

***Uczelniana Komisja Stypendialna
przy Wyższej Szkole Administracji Publicznej w Kielcach***

 ***WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO
 DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH w semestrze zimowym/ letnim\*,***

 ***w roku akademickim 20…./ 20….***

**Dane studenta ubiegającego się o przyznanie stypendium: Nr albumu .**.........................

**NAZWISKO** ........................................................................................ **IMIĘ** ...........................................................................................

Rok studiów….....Semestr…… Kierunek ............................................................ Forma studiów .....................................................

Specjalność: ...............................................................................................................................................................................................

Adres stałego zamieszkania: kod pocztowy ……………..… poczta/miasto .................................................................................... Ulica, nr domu/mieszkania ........................................................................................ Województwo ….....……….…...….…….… Adres do korespondencji: □ jak wyżej lub kod pocztowy ……………… poczta/miasto …….................................................... Ulica, nr domu/mieszkania ...................................................................................... Województwo ….....…………….…...….…… Tel. kontaktowy .…............…………….…...….……... Adres e.mail .........................................................

*W toku postępowania strony, ich przedstawiciele oraz pełnomocnicy mają obowiązek powiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu.*

**Proszę o przyznanie:** *(właściwe zakreślić)*

□ **w semestrze zimowym w roku akademickim 20…./ ….;**

□ **w semestrze letnim w roku akademickim 20…./ ….;**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| od miesiąca:(wypełnia pracownik) → |  |  |  |  |  |  |
| **stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych** |  |  |  |  |  |  |

***Oświadczenie !***

 Na podstawie §19 ust. 5 Regulaminu świadczeń dla studentów w Wyższej Szkole Administracji Publicznej – „Uzyskanie przez studenta prawa do świadczeń poprzez przedstawienie nieprawdziwych danych, przerobionych, podrobionych lub nieważnych dokumentów, zmian w dochodach lub składzie rodziny nie zgłoszonych w terminie 14 dni od momentu zaistnienia zdarzenia **skutkuje pozbawieniem prawa do świadczeń i zwrotem otrzymanych środków w całości** na rzecz funduszu pomocy materialnej”

Zobowiązuję się powiadomić Uczelnię o wszystkich zmianach w terminie do 14 dni od zaistnienia zdarzenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku o świadczenia pomocy materialnej (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018.1000 z późn. zm.)

…………………….. dnia …………….......…….. ......................……………………….………………………

 *własnoręczny, czytelny podpis studenta*

**□ Przyznaję świadczenia w semestrze zimowym 20…/…** od miesiąca ...........................................................................................

**□ Nie przyznaję świadczeń w semestrze zimowym 20…/…** od miesiąca ......................................................................................

**□** **Zmieniam wysokość świadczeń w semestrze zimowym 20…/…** od miesiąca ..........................................................................

…………………………………………………………

***Dla studentów z zaliczeniem semestralnym*** *Pieczęć i podpis przewodniczącego Komisji*

**□ Przyznaję świadczenia w semestrze letnim 20…/…** od miesiąca .................................................................................................

**□ Nie przyznaję świadczeń w semestrze letnim 20…/…** od miesiąca ............................................................................................

**□** **Zmieniam wysokość świadczeń w semestrze letnim 20…/…** od miesiąca ................................................................................

 …………………………………………………………

***Dla studentów z zaliczeniem semestralnym*** *Pieczęć i podpis przewodniczącego Komisji*