

**WNIOSEK  
O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA STUDENTÓW KSZTAŁCĄCYCH SIĘ NA  
KIERUNKU LEKARSKIM W ROKU AKADEMICKIM 2023/2024**

Zgodnie z Regulaminem przyznawania stypendium studentom kształcącym się na kierunku lekarskim uchwalonego Uchwałą Nr XVII/123/2020 Rady Powiatu Sokołowskiego z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie stypendium dla studentów medycyny kształcących się w szkole wyższej na kierunku lekarskim wnioskuję o przyznanie mi stypendium w roku akademickim .....

**Dane studenta:**

1. **Imię (imiona) i nazwisko:** .....
2. **Data urodzenia:** .....
3. **Adres stałego zamieszkania:** .....  
.....
4. **Adres do korespondencji:** .....  
.....
5. **Nazwa uczelni i wydziału:** .....  
.....
6. **Rok studiów:** .....
7. **Nr konta bankowego:** .....  
.....
8. **Nr telefonu kontaktowego:** .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z przyznaniem stypendium i świadczenia pracy zgodnie z rozporządzeniem 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.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Załączniki:**

- 1) Zaświadczenie uczelni o statusie studenta, z informacją o realizowaniu nauki zgodnie z planem studiów.
- 2) Zaświadczenie z uczelni o średniej ocen z egzaminów za dwa ostatnie lata studiów przed złożeniem wniosku.
- 3) Oświadczenie o niekorzystaniu z urlopow określonych w regulaminie studiów, z urlopu macierzyńskiego/macierzyńskiego i rodzicielskiego.
- 4) Zobowiązanie do odbycia stażu podyplomowego i podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy na okres nie krótszy niż okres pobierania stypendium w SP ZOZ w Sokołowie Podlaskim