

..... imię i nazwisko	..... nazwa wydziału
..... adres do korespondencji	..... rok studiów
	..... nr pesel

**Jego Magnificencja Rektor PUM w Szczecinie**  
za pośrednictwem Kierownika studiów doktoranckich

### WNIOSEK o przyznanie stypendium doktoranckiego

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi stypendium doktoranckiego na okres od ..... do ..... w oparciu o kryteria określone w ustawie z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. 2017, poz. 2183 z późn. zm.), w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 5 września 2017 r. w sprawie studiów doktoranckich oraz stypendiów doktoranckich (Dz.U. z 2017 r., poz. 1696) oraz w Regulaminie przyznawania i wypłacania stypendium doktoranckiego uczestnikom stacjonarnych studiów trzeciego stopnia na PUM w Szczecinie (zarządzenie Rektora PUM nr 59/2015).

W załączeniu do wniosku przedkładam opinię opiekuna/promotora za rok ak. 20...../20 ..... zawierającą informacje potwierdzające spełnienie przez doktoranta kryteriów, o których mowa w § 13 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 5 września 2017 r. w sprawie studiów doktoranckich oraz stypendiów doktoranckich.

Przyjmuję do wiadomości, że tracę prawo do przyznanego stypendium doktoranckiego w przypadku:

- skreślenia z listy uczestników studiów doktoranckich,
- nadania przez Radę Wydziału stopnia naukowego doktora,

od miesiąca następującego po dacie zaistnienia powyższych zmian.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości obowiązek zwrotu nienależnie wypłaconego stypendium.

Oświadczam, że otrzymuję / nie otrzymuję (niepotrzebne skreślić) stypendium doktoranckie na innych studiach doktoranckich.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, zawartych we wniosku, w celu niezbędnym do przyznania stypendium doktoranckiego, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016r. poz. 922).

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie z siedzibą w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 jako Administrator danych informuję Pana/Panią że

- a) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, jednakże brak zgody na ich przetwarzanie lub niepodanie danych w zakresie wymaganym przez Administratora uniemożliwi wnioskowanie o przyznanie stypendiów,
- b) posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzanie,
- c) kontakt z Administratorem Bezpieczeństwa Informacji Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie możliwy jest pod numerem tel. 91 4800790 lub adresem email: abipum@pum.edu.pl
- d) Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane w ww. celu i nie będą udostępniane innym odbiorcom niż uprawnionym na podstawie przepisów prawa,
- e) Pana/Pani dane będą przetwarzane przez okres trwania studiów,
- f) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis

Adnotacja Biura Szkoły Doktorskiej – Sekcji ds. studiów doktoranckich:	Wniosek złożono dnia .....
--	-------------------------------