

Załącznik nr 1

do Regulaminu przyznawania zwiększenia stypendium doktoranckiego dla uczestników studiów doktoranckich prowadzonych w PUM

..... imię i nazwisko doktoranta nr pesel
..... nazwa wydziału rok studiów

Rektor PUM w Szczecinie

za pośrednictwem Kierownika Studiów Doktoranckich

WNIOSEK

o przyznanie zwiększenia stypendium doktoranckiego dla doktorantów studiów doktoranckich prowadzonych w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie

na podstawie art. 200a ustawy z dnia 27 lipca 2005r. Prawo o szkolnictwie wyższym (t. j. Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie studiów doktoranckich oraz stypendiów doktoranckich z dnia z dnia 9 sierpnia 2017 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 1696) oraz Regulaminu przyznawania zwiększenia stypendium doktoranckiego dla uczestników studiów doktoranckich prowadzonych w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie, **wnoszę o przyznanie:**

- zwiększenia stypendium doktoranckiego z dotacji projakościowej w roku akademickim

Do wniosku załączam:

- 1) Wydruk z wykazem publikacji z bazy Bibliografii dorobku naukowego Biblioteki Głównej PUM (wraz z podaniem punktacji MNiSW)*,
- 2) wykaz programów zjazdów/konferencji potwierdzających aktywny udział wnioskodawcy*
- 3) potwierdzenie odbycia zajęć dydaktycznych lub zwolnienia z nich w oparciu o obowiązujące w PUM przepisy.

*** ww. wykazy winny obejmować publikacje, zjazdy i konferencje dotyczące wyłącznie roku akademickiego poprzedzającego złożenie wniosku.**

Oświadczam, że załączone do wniosku o przyznanie zwiększenia stypendium doktoranckiego dla uczestników studiów doktoranckich publikacje i osiągnięcia w pracy naukowo-badawczej nie stanowiły podstawy do ubiegania się o ww. zwiększenie stypendium doktoranckiego w latach poprzednich.

.....
podpis doktoranta składającego wniosek

Ponadto:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PUM w Szczecinie w celu przyznania ww. stypendium (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.)).

Ponadto przyjmuję, że :

1. Administratorem danych doktorantów, zebranych w ramach procesu przyznawania ww. stypendium jest zgodnie z art.24 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz.U. z 2016 r. poz.922) Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie z siedzibą przy ul. Rybackiej 1, 70-204 Szczecin, reprezentowany przez Rektora.
2. Dane osobowe będą przetwarzane w ww. celu i nie będą udostępnione innym odbiorcom niż uprawnionym na podstawie przepisów prawa,
3. Złożenie niniejszego oświadczenia jest dobrowolne,
 - 1) mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania,
 - 2) brak zgody na przetwarzanie danych osobowych spowoduje brak możliwości ubiegania się o powyższe stypendium.

Szczecin, dnia

.....
podpis doktoranta składającego wniosek