***WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO   
W ROKU AKADEMICKIM 2021/2022***

**…………………….……………….…………..**

**Data i miejsce wypełnienia wniosku**

1. **NAZWISKO …………………………………………………..**
2. **IMIĘ (IMIONA) …………………………………………………..**
3. **PESEL …………………………………………………..**
4. **IMIĘ OJCA …………………………………………………..**
5. **ADRES …………………………………………………..**

**…………………………………………………..**

1. **ADRES DO KORESPODENCJI …………………………………………………..**

**(jeśli jest inny niż w pkt. 5) …………………………………………………..**

1. **ADRES E-MAIL: …………………………………………………..**
2. **NR TEL. KONTAKTOWEGO …………………………………………………..**
3. **NAZWA I ADRES SZKOŁY WYŻSZEJ**

**…………………………………………………..**

**…………………………………………………..**

**…………………………………………………..**

**…………………………………………………..**

1. **AKTUALNY ROK STUDIÓW ……………..……………………………………**
2. **ŚREDNIA OCEN ZE WSZYSTKICH**

**EGZAMINÓW Z DOTYCHCZASOWEGO ………………….**

**PRZEBIEGU KSZTAŁCENIA**

1. **OŚWIADCZAM ŻE:**
2. Powyższe dane są prawdziwe;
3. akceptuję wzór umowy o przyznanie stypendium stanowiący załącznik Nr 2 do ogłoszenia   
   o naborze wniosków,
4. znane są mi zapisy Uchwały Nr XXII/234/21 Rady Powiatu Przeworskiego z dnia 7 maja 2021r. w sprawie zasad udzielania stypendium studentom kształcącym się w szkole wyższej na kierunku lekarskim (Dz. Urz. Woj. Podkarpackiego z dnia 24 maja 2021 r. poz. 1946).
5. zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej dot. przetwarzania danych osobowych stanowiącej załącznik nr 2 do Wniosku o przyznanie stypendium.
6. **pozostaję\* / nie pozostaje\* w związku małżeńskim ze studentem\*/ studentką\* ubiegającym\*/ ubiegającą\* się o stypendium na postawie Uchwały Nr XXII/234/21 Rady Powiatu Przeworskiego z dnia 7 maja 2021r. w sprawie zasad udzielania stypendium studentom kształcącym się w szkole wyższej na kierunku lekarskim.**

(wypełnia osoba która ma zamiar skorzystać z pierwszeństwa uzyskania stypendium \*niewłaściwe skreślić.)

1. **deklaruję dłuższy okres zatrudnienia w SP ZOZ w Przeworsku po uzyskaniu dyplomu i prawa wykonywania zawodu lekarza niż określony w regulaminie przyznawania stypendium dla studentów kształcących się w szkole wyższej na jednolitych studiach magisterskich stacjonarnych lub niestacjonarnych na kierunku lekarskim.**

**Okres ten będzie wynosił ……......... 1** - wypełnia się w przypadku gdy student ma zamiar skorzystać z pierwszeństwa uzyskania stypendium i **deklaruje dłuższy** okres zatrudnienia niż wskazany w ogłoszeniu wynikający z regulaminu)

…………………………………………

(data i podpis studenta)

1 należy podać w pełnych latach

1. Do wniosku dołączam:
2. zaświadczenie z uczelni o statusie studenta oraz o średniej ocen ze wszystkich egzaminów   
   z dotychczasowego przebiegu kształcenia
3. oświadczenie o niekorzystaniu z urlopów określonych w regulaminie studiów, z urlopu

macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego w chwili składania wniosku;

1. oświadczenie o zobowiązaniu się do podjęcia pracy w SP ZOZ w Przeworsku w ramach stażu podyplomowego w terminie do 6 miesięcy po uzyskaniu dyplomu lekarza, po uprzednim uzyskaniu prawa wykonywania zawodu oraz kontynuacji zatrudnienia po zakończeniu stażu w SP ZOZ   
   w Przeworsku oraz wskazanie specjalizacji podejmowanej w okresie zatrudnienia w SP ZOZ   
   w Przeworsku – załącznik nr 1 do wniosku o przyznanie stypendium.
2. klauzulę informacyjną – załącznik nr 2

…………………………..………

data i podpis studenta

1. **WYPEŁNIA KOMISJA DS. ROZPATRZENIA WNIOSKÓW O PRZYZNANIE STYPENDIUM**

Komisja proponuje przyznanie stypendium w kwocie …………………zł miesięcznie,

na okres ………….miesięcy.

Wniosek odrzucony z powodu ………………………………………….……………………………

………………………………………….…………………………………………….………………..…

………………………………………….…………………………………………….………………..…

……………………………………………

podpis Przewodniczącego Komisji