# Załącznik nr 3 do zarządzenia wewnętrznego nr 17/2015 r.

Rektora ChAT z dnia 1 października 2015 r.

# Wniosek do Dziekana WT/ Doktoranckiej Komisji Stypendialnej ChAT o udzielenie pomocy materialnej w formie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych dla doktorantów studiów stacjonarnych w roku akad. 2016/2017

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwisko i imię doktoranta PESEL

Rok studiów: …..………; Specjalność studiów: …………………………………………………..;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**Nr albumu doktoranta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Telefon kontaktowy (z numerem kierunkowym)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adres stałego zameldowania

**Proszę o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych:**

**Do wniosku załączam orzeczenie właściwego organu stwierdzającego niepełnosprawność do dnia*…***

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

**Dodatkowe uzasadnienie o przyznanie świadczeń pomocy materialnej:**

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

**OŚWIADCZENIE DOKTORANTA**

Oświadczam, że:

1. Studiuję/nie studiuję\* równocześnie na drugim kierunku studiów w:

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

*nazwa Uczelni, wydział, kierunek, tryb i rok studiów* ***(studia III stopnia),*** *przewidziany regulaminem uczelni planowany termin ukończenia studiów*

1. Ukończyłem/am\* kierunek studiów w:

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

*nazwa Uczelni, wydział, kierunek, tryb* ***(studia III stopnia)*** *i termin ukończenia studiów*

1. Nie pobieram i nie ubiegam się o przyznanie stypendium na innym kierunku studiów/uczelni\*.
2. W przypadku otrzymania stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych na innym kierunku lub uczelni, fakt ten zgłoszę niezwłocznie do Dziekana/ Doktoranckiej Komisji Stypendialnej ChAT a  nienależnie pobrane świadczenia zostaną przeze mnie zwrócone.
3. Zapoznałem/am\* się z Regulaminem przyznawania pomocy materialnej doktorantom ChAT.

**\*** - niepotrzebne skreślić

Świadomy odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych – łącznie z możliwością wydalenia mnie z Uczelni i konieczności zwrotu nieprawnie pobranych środków finansowych oraz odpowiedzialności karnej z art. 286 § 1 k.k. [kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8] oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej z art. 211 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (tj. DZ. U. z 2012 r., poz. 572 ze zm.) [Za naruszenie przepisów obowiązujących w uczelni oraz za czyny uchybiające godności doktoranta doktorant ponosi odpowiedzialność dyscyplinarną przed komisją dyscyplinarną albo przed sądem koleżeńskim samorządu doktoranckiego, zwanym dalej „sądem koleżeńskim”] oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty oraz dane w nich zawarte dotyczące rodzajów i wysokości dochodów mojej rodziny, żyjącej we wspólnym gospodarstwie domowym są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

W związku z ubieganiem się o udzielenie pomocy materialnej wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Chrześcijańską Akademię Teologiczną w Warszawie danych osobowych zawartych we wniosku oraz złożonych załącznikach zgodnie z art. 23 ust.1 pkt 1 ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182 ze zm.). Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż:

- administratorem tak zebranych danych jest Chrześcijańska Akademia Teologiczna w Warszawie z siedzibą w Warszawie przy ul. Miodowej 21c, zwany dalej uczelnią,

- dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznania i realizacji wskazanego rodzaju świadczenia przysługującego w ramach pomocy materialnej i nie będą udostępniane innym odbiorcom,

- przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,

- podanie uczelni danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia w/w pomocy.

 …………………… ……………………………………….

 **(data)** **(własnoręczny podpis doktoranta)**

**W chwili przyznania mi świadczeń(a) pomocy materialnej, wnoszę o jego przekazanie na podany poniżej numer rachunku bankowego:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że powyższy nr rachunku bankowego jest aktualny i nadal aktywny

…………………… ……………………………………….

 **(data)** **(własnoręczny podpis doktoranta)**

**DECYZJA DZIEKANA WT/ DOKTORANCKIEJ KOMISJI STYPENDIALNEJ ChAT:**

**Dziekan WT/ Doktorancka Komisja Stypendialna ChAT przyznała stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych w wysokości:**

|  |  |
| --- | --- |
| ................................................ zł | stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych |

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

 (data) (podpis – Dziekan / Doktorancka Komisja Stypendialna ChAT/)