

**Załącznik nr 3 do Regulaminu przyznawania pomocy materialnej studentom Akademii Muzycznej
im. Karola Szymanowskiego w Katowicach**

.....
Nazwisko i imię

.....
Kierunek studiów

.....
Specjalność

.....

Numer albumu Rok studiów

.....
Studia rozpoczęte w roku akademickim...../.....

Katowice, dnia

Data wpływu.....

numer rej.....

.....
Osoba przyjmująca wniosek

Forma studiów stacjonarne
 niestacjonarne

Stopień kształcenia studia pierwszego stopnia
 studia drugiego stopnia

**WYDZIAŁOWA KOMISJA STYPENDIALNA
WYDZIAŁU.....
AKADEMII MUZYCZNEJ IM. KAROLA SZYMANOWSKIEGO W KATOWICACH**

**Wniosek o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych
w semestrze.....roku akademickiego /**

Świadomy(a) odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwych oświadczeń, w tym odpowiedzialności dyscyplinarnej za podawanie nieprawdziwych danych - aż do wydalenia mnie z Akademii włącznie, **oświadczam**, że:

- a) zapoznałem(am) się z warunkami przyznawania stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych zamieszczonymi w „Regulaminie przyznawania pomocy materialnej studentom Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach”
- b) wyrażam zgodę na gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów stypendialnych,

.....
Podpis studenta

UWAGA! Studenci, którzy składają wniosek po raz pierwszy lub zmieniają numer rachunku bankowego, zobowiązani są do podania aktualnego numeru rachunku bankowego na Załączniku nr 6.

Załącznik:

- 1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
- 2. Oświadczenie o niepobieraniu świadczeń pomocy materialnej na więcej niż jednym kierunku studiów (załącznik nr 5).

Adres stałego miejsca zamieszkania studenta

.....
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica
.....
PESEL	Telefon kontaktowy	

Adres do korespondencji:

.....
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica/numer domu/mieszkania

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach, ul. Zacisze 3, 40-025 Katowice, tel. 32 7792100/e-mail tokstudiov@am.katowice.pl
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych : e-mail: iod_abi@am.katowice.pl
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu przeprowadzenia procedury przyznawania świadczeń pomocy materialnej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. a, b i c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), tj. na podstawie udzielonej zgody, w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego w szczególności z ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku - Prawo o szkolnictwie wyższym(Dz.U.2017.2183)
4. Dane osobowe Administrator może przekazywać organom lub podmiotom publicznym uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, a także podmiotom współpracującym z Akademia, na podstawie stosownej umowy.
5. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
6. Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe do momentu zakończenia procesu kształcenia, oraz do celów archiwalnych przez okres 50 lat, a w przypadku gdy dane osobowe przetwarzane są na podstawie zgody będziemy je przechowywać do czasu odwołania zgody.
7. Mają Państwo prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do przeprowadzenia procedury w celu oceny wniosku o przyznanie świadczeń pomocy materialnej.
9. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Katowice, dnia

.....
Podpis studenta

DECYZJA KOMISJI STYPENDIALNEJ

Wysokość stypendium	Okres, na który stypendium zostało przyznane	Uwagi

Data rozpatrzenia wniosku.....

Pieczęć i podpis Przewodniczącego Wydziałowej Komisji Stypendialnej.....