

Potwierdzenie przyjęcia dokumentów przez DSSS	Część białą wypełnia student/studentka / doktorant/doktorantka	
	Część szarą wypełnia pracownik Działu Spraw Socjalnych Studentów (DSSS)	
	☐ właściwe pole zaznaczyć stawiając znak X	* niepotrzebne skreślić

Odwołanie do Odwoławczej Komisji Stypendialnej dla studentów*
Odwoławczej Komisji Stypendialnej dla doktorantów* o przyznanie świadczeń
w semestrze zimowym/letnim* w roku akademickim 2024/2025

Nazwisko studenta/studentki doktoranta/doktorantki*:	Imiona studenta/studentki doktoranta/doktorantki*:	Nr albumu:
Wydział: ☐ Wydział Lekarsko-Dentystyczny ☐ Wydział Lekarski ☐ Wydział Nauk Medycznych ☐ Wydział Nauk o Zdrowiu ☐ Wydział Farmaceutyczny	Rodzaj studiów ☐ I stopnia ☐ II stopnia ☐ jednolite magisterskie ☐ doktoranckie	Forma studiów: ☐ stacjonarne ☐ niestacjonarne
Kierunek studiów:		Rok studiów w 2024/2025:

Adres stałego zamieszkania: Kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania województwo	Tel. kontaktowy: Adres e-mail:
Adres do korespondencji: (wypełnić, jeżeli jest różny od adresu stałego zamieszkania) Kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania województwo	

I. Wnoszę odwołanie od decyzji/zażalenie na postanowienie*

Numer decyzji(podać numer)

z dnia (data)

którą(-e) odebrałem(-am) (data)

w sprawie

☐ odmowy przyznania świadczenia

☐ wysokości przyznanego świadczenia

☐ formy przyznanego świadczenia

☐ inne (podać jakie)

Dotyczy:

☐ stypendium socjalnego

☐ stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości ze względu na szczególnie
uzasadniony przypadek:

- ☐ korzystania przez wnioskodawcę na dzień złożenia wniosku ze wsparcia ośrodka pomocy społecznej w formie zasiłków stałych lub zasiłków okresowych lub pozostawania wnioskodawcy na utrzymaniu rodziny korzystającej z takiego wsparcia
- ☐ zupełne sieroctwo
- ☐ sytuacji materialnej wychowanków domu dziecka lub osób, które osiągnęły pełnoletność, przebywając w pieczy zastępczej
- ☐ stypendium dla osób niepełnosprawnych – (termin ważności orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)
- ☐ stypendium rektora dla studentów/doktorantów

Proszę o przekazywanie przyznanych świadczeń pieniężnych na moje konto bankowe:

Nazwa i adres banku:																												
Numer rachunku:																												

II. Uzasadnienie wniosku:

III. W załączeniu przedkładam następujące dokumenty:

IV. Oświadczenie:

Świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji zgodnie z art. 233 § 1 k.k. („kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”), odpowiedzialności na podstawie 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 cywilnej i dyscyplinarnej oświadczam, że:

- podane przeze mnie dane we wniosku oraz dołączone dokumenty, które zobowiązany(-a) byłem(-am) wykazać, są zgodne ze stanem faktycznym,
- zapoznałem(-am) się z zasadami przyznawania świadczeń określonymi w Regulaminie świadczeń UM w Lublinie, w tym okolicznościami, które wykluczają uprawnienia do tej pomocy,
- zgodnie z przepisami prawa powszechnego, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. Rozporządzenie Ogólne o Ochronie Danych/RODO) przekazuję swoje dane osobowe w celu i zakresie niezbędnym do przyznania świadczeń przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie z siedzibą przy Al. Raławickich 1, 20-059 Lublin, o które się ubiegam. Moje dane będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa. Posiadam wiedzę, iż podanie danych osobowych jest dobrowolne aczkolwiek konieczne w celu wnioskowania o przyznanie świadczenia, mam prawo żądania dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz przenoszenia danych, a – w przypadkach przewidzianych prawem – usunięcia danych i sprzeciwu wobec ich przetwarzania, przy czym moje żądanie będzie skuteczne od dnia jego złożenia i nie będzie miało wpływu na legalność przetwarzania danych do dnia żądania usunięcia/sprzeciwu, mam również prawo złożyć skargę do organu nadzorczego. Dane nie będą przedmiotem sprzedaży i udostępniania podmiotom zewnętrznym, za wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa. Dane

będą dostępne jedynie w stosunku do osób upoważnionych zobowiązanych do ich ochrony i zabezpieczenia oraz podmiotów, z którymi Uniwersytet zawrze stosowną umowę, np. w związku ze świadczeniem usług w zakresie IT, czy ochrony obiektów. Dane nie będą wykorzystywane w żadnym innym celu poza wskazanymi powyżej, nie będą w oparciu o nie podejmowane jakiejkolwiek decyzje w sposób zautomatyzowany. Dane będą przetwarzane w celu i okresie archiwizacji dokumentacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i procedurami obowiązującymi w Uniwersytecie, a także w celu, zakresie i okresach niezbędnych do dochodzenia ewentualnych roszczeń.

Administrator danych osobowych powołał Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się pod adresem: iod@umlub.pl

Ponadto wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na publikację moich danych osobowych w zakresie numeru albumu na listach informujących o postępowaniu stypendialnym oraz o wynikach prac odwoławczej komisji stypendialnej.

** niewłaściwe skreślić

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis studenta/studentki / doktoranta/doktorantki*