Załącznik nr 1

do ogłoszenia o naborze wniosków

# WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM W RAMACH PROGRAMU pn. „Podkarpackie wspiera lekarskie specjalizacje deficytowe” – nabór I

\* Formularz wniosku należy wypełnić komputerowo
**Część A**(Wypełnia Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego)

Numer wniosku: ……………………………………………………………………….....

Data wpływu wniosku: …………………………………………………………………...

**Część B** (wypełnia Wnioskodawca, tj. student ubiegający się o przyznanie stypendium).

## Dane osobowe Wnioskodawcy

**Imię (imiona) i nazwisko**:

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

**Data urodzenia**: ………………………….. *(rrrr/mm/dd)*

**Miejsce urodzenia:**

Kraj: ............................................... Województwo: .......................................................

Powiat:…………………….……….. Gmina:…………………………………………………

Miejscowość:……………………….

PESEL lub seria i nr paszportu w przypadku braku posiadania nr PESEL………………………………………………………………………………………...

**Miejsce stałego miejsca zamieszkania:**

Kraj: ............................................... Województwo: .......................................................

Powiat:…………………….……….. Gmina:…………………………………………………

Miejscowość:………………………. Kod pocztowy: …… - …………..

Ulica: ……………… Nr domu ……………….. Nr mieszkania: …………………..

**Adres do korespondencji:** podać jeśli jest inny niż miejsce stałego zamieszkania:

Kraj: ............................................... Województwo: .......................................................

Powiat:…………………….……….. Gmina:…………………………………………………

Miejscowość:………………………. Kod pocztowy: …… - …………..

Ulica: ……………… Nr domu ……………….. Nr mieszkania: …………………..

Nr rachunku bankowego:[[1]](#footnote-1)

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

## Dane uczelni, w której student kształci się na kierunku lekarskim oraz dotyczące spełnienia innych kryteriów

Pełna nazwa uczelni (Adres uczelni, Miejscowość, Kod pocztowy, Poczta):

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

Średnia ocen z egzaminów za ostatni rok akademicki poprzedzający rok złożenia wniosku (obliczana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, bez zaokrągleń): …………………………………………………………………………………………………..

Rok studiów: …………………………………………………………………………………..

## Dane dotyczące preferowanej/ych lekarskiej/ch specjalizacji deficytowej/ch występującej/ych w podmiocie/tach leczniczym/ch/szpitalu/ach dla którego/ych podmiotem tworzącym jest Województwo Podkarpackie - wyboru należy dokonać z listy lekarskich specjalizacji deficytowych (zał. Nr 2 do ogłoszenia o naborze wniosków) zadeklarowanych przez wojewódzkie podmioty lecznicze publikowanej wraz z ogłoszeniem o naborze wniosków[[2]](#footnote-2)

1. Pierwsza preferowana deficytowa specjalizacja lekarska ………………………………………..

Nazwa preferowanego podmiotu leczniczego/szpitala, do podjęcia zatrudnienia w pierwszej deficytowej specjalizacji lekarskiej …………………………………………………………………………………………...

1. Druga preferowana deficytowa specjalizacja lekarska ……………………………………….

Nazwa preferowanego podmiotu leczniczego/szpitala, do podjęcia zatrudnienia w drugiej deficytowej specjalizacji lekarskiej …………………………………………………………………………………………..

1. Trzecia preferowana deficytowa specjalizacja lekarska ………………………………………

Nazwa preferowanego podmiotu leczniczego/szpitala, do podjęcia zatrudnienia w trzeciej deficytowej specjalizacji lekarskiej …………………………………………………………………………………………..

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie jaki zawarty jest w niniejszym wniosku i załącznikach oraz składanych dokumentach, celem rozpatrzenia wniosku o przyznanie stypendium oraz zawarcia umowy o stypendium i jej realizacji.

| ………………………(data) | …………………………………………………………..…(czytelny podpis Wnioskodawcy wyrażającego zgodę) |
| --- | --- |

1. W przypadku złożenia przez mnie wniosku o zmianę lub rozwiązanie umowy za porozumieniem stron, o których mowa w § 9 Umowy o przyznanie stypendium, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, które przekaże w związku ze złożonym wnioskiem o zmianę lub rozwiązanie umowy, w tym na przetwarzanie danych osobowych dotyczących stanu zdrowia lub innych sytuacji losowych na podstawie art. 9 ust. 2 lit a, d i g oraz art. 6 ust. 1 lit. a, b i c RODO w celu rozpatrzenia wniosku o zmianę lub rozwiązanie umowy za porozumieniem stron.

| ………………………(data) | …………………………………………………………..…(czytelny podpis Wnioskodawcy wyrażającego zgodę) |
| --- | --- |

## ****OŚWIADCZENIE****

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

1. Podane przeze mnie dane osobowe są zgodne ze stanem faktycznym,

2. Zapoznałem/am się z treścią Regulaminu przyznawania stypendiów w ramach programu pn. „Podkarpackie wspiera lekarskie specjalizacje deficytowe” oraz akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

| ………………………(data) | …………………………………………………………..…(czytelny podpis Wnioskodawcy wyrażającego zgodę)KLAUZULA INFORMACYJNA |
| --- | --- |

* + - 1. W związku z art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016). dalej RODO), przyjmuję do wiadomości, że:
1. Administratorem moich danych osobowych jest Województwo Podkarpackie,
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres iod@podkarpackie.pl, telefonicznie pod nr telefonu 17 747 67 09 lub listownie na adres Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego, al. Łukasza Cieplińskiego 4, 35-010 Rzeszów,
3. moje dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 9 ust. 2 lit a, d i g oraz art. 6 ust. 1 lit. a, b i c RODO wyłączenie w celu realizacji zapisów Regulaminu programu stypendialnego zatwierdzonego Uchwałą Sejmiku Województwa Podkarpackiego w Rzeszowie, rozpatrzenia wniosku, zawarcia umowy o przyznanie stypendium i jej realizacji oraz rozpoznania złożonego przez mnie wniosku o zmianę lub rozwiązanie umowy,
4. moje dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych,
5. moje dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym niż uprawnione na mocy przepisów prawa,
6. moje dane osobowe nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej,
7. mam prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem na podstawie art. 7 ust. 3 RODO,
8. mam prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Na podstawie art. 17 ust. 3 lit. b i d RODO, zgodnie z którym nie jest możliwe usunięcie danych osobowych niezbędnych w szczególności do:
9. wywiązywania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii Europejskiej lub prawa państwa członkowskiego,
10. celów archiwalnych w interesie publicznym:

- jak również mając na uwadze cel i podstawę prawną przetwarzania moich danych w ramach programu stypendialnego, nie przysługuje mi prawo do usunięcia albo przenoszenia tych danych,

1. mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, w przypadku, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO,
2. podanie danych jest dobrowolne, stanowi jednak warunek konieczny do rozpatrzenia wniosku o stypendium, zawarcia i realizacji umowy oraz rozpatrzenia wniosku o zmianę lub rozwiązanie umowy o przyznanie stypendium za porozumieniem stron bez żądania zwrotu przekazanego stypendium o przyznanie stypendium*,* a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku w ramach programu stypendialnego oraz zawarcia lub zmiany umowy.

| …………………………….(data) | ………………………………………………………….…..(czytelny podpis Wnioskodawcy składającego oświadczenie) |
| --- | --- |

## Część C Wykaz załączników do wniosku

Do wniosku należy dołączyć:

1. zaświadczenie z uczelni o statusie studenta;
2. zaświadczenie z uczelni o średniej ocen z egzaminów wnioskodawcy, uzyskanej za ostatni rok akademicki poprzedzający rok złożenia wniosku;
3. oświadczenie zawierające zobowiązanie do podjęcia zatrudnienia – załącznik nr 1;
4. oświadczenie o niekorzystaniu z urlopów – załącznik nr 2;
5. oświadczenie o zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu o odbywanej specjalizacji i podmiocie leczniczym, w którym jest ona odbywana – załącznik nr 3;
6. oświadczenie o zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu o odpracowaniu stypendium – załącznik nr 4.

| ………………………………(data) | ……………………………………………………………..(czytelny podpis Wnioskodawcy) |
| --- | --- |

1. Pole nieobowiązkowe [↑](#footnote-ref-1)
2. Podanie/wskazanie nazwy specjalizacji i preferowanego podmiotu leczniczego służy celom statystycznym i informacyjnym. Celem wywiązania się z warunków konkursu, ostateczny wybór specjalizacji i podmiotów leczniczych spośród wymienionych w załączniku nr 2 do Ogłoszenia oraz trybów odbywania specjalizacji dokonywany będzie przez stypendystę na etapie centralnego postępowania kwalifikacyjnego i dalszych decyzji stypendysty o rozpoczęciu szkolenia specjalizacyjnego [↑](#footnote-ref-2)