*Załącznik do Ogłoszenia o naborze wniosków o  przyznanie stypendium studentom kształcącym się na uczelni kierunku lekarskim.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ STUDENTA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | | | | Miejscowość | |
| Imię (imiona) |  | | | | | | | | | | | | | | | | Data | |
| Nazwa uczelni |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rozpoczynany rok studiów | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Średnia ocen za ostatni rok akademicki | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Średnia ocen za przedostatni rok akademicki | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| PESEL |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | Tel.: | |
| ***Miejsce stałego zamieszkania*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ulica |  | | | | | | | | | | | | | | | | nr domu/  mieszkania |  |
| miejscowość |  | | | | | | | | | | | | | | | | powiat |  |
| kod pocztowy |  | |  | | | **-** | | |  | | |  | | |  | | województwo |  |
| ***Adres do korespondencji (jeśli inny niż stałego zamieszkania)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ulica |  | | | | | | | | | | | | | | | | nr domu/ mieszkania |  |
| miejscowość |  | | | | | | | | | | | | | | | | powiat |  |
| kod pocztowy |  | |  | | | **-** | | |  | | |  | | |  | | województwo |  |
| * ***Deklaruję chęć podjęcia pracy w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie/ZOZ w Reszlu przez okres co najmniej …….roku/ lat\* po zakończeniu studiów.*** *(okres zatrudnienia nie może być krótszy niż okres pobierania stypendium)* * ***Nie deklaruję chęci podjęcia pracy w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie/ZOZ w Reszlu***.   Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, do celów związanych z przyznaniem stypendium i  świadczenia pracy, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 178 ).    ………………………...  (podpis studenta ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wypełnia Zarząd Powiatu w Kętrzynie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*Zarząd Powiatu w Kętrzynie przyznaje stypendium:  w kwocie ………………………………………………. zł brutto / m-c  *słownie* …………………………………………………………………..  …………………………………………………………………….złotych | | | | | | | | | | | | | | | | | Podpis Przewodniczącego Zarządu Powiatu w Kętrzynie:  …………………………………… | |
| \*Wniosek odrzucono (z powodu)  …………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | |

\*niepotrzebne skreślić