



Załącznik nr 1 do Regulaminu przyznawania i wypłacania stypendiów w ramach projektu Objęcie wsparciem ze środków Planu rozwojowego, działania w postaci stypendiów dla studentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne. Edycja 2 rok akademicki 2023/2024

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie
i oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Ja, niżej podpisany(a)

.....

(imię i nazwisko)

PESEL

oświadczam, że:

- 1) deklaruję chęć udziału w programie stypendialnym dla studentów Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Krośnie (zwanej dalej "Uczelnią") realizowanym w ramach „Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności w zakresie Inwestycji D2.1.1 – Działania 2. Stypendia dla studentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne – Edycja 2, rok akademicki 2023/2024”
- 2) zobowiązuję się do poinformowania Uczelni o ustaniu prawa do Stypendium w ramach Programu w związku z niespełnieniem przesłanek określonych w Regulaminie Programu i zwrotu nienależnie pobranego stypendium na konto Uczelni.
- 3) w przypadku wystąpienia którejś z ww. okoliczności zobowiązuję się do postępowania zgodnie z wytycznymi Regulaminu przyznawania i wypłacania stypendiów w ramach projektu Objęcie wsparciem ze środków Planu rozwojowego działania w postaci stypendiów dla studentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne, Edycja 2, rok akademicki 2023/2024 oraz zwrotu środków na konto Uczelni.
- 4) jednocześnie jestem świadomy/-a możliwości wystąpienia przez Uczelnię na drogę postępowania sądowego w przypadku niedokonania zwrotu, o którym mowa powyżej
- 5) wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem, wykonywanych podczas działań realizowanych w ramach przedmiotowego projektu dla celów promocyjnych projektu;
- 6) dane podane w Deklaracji uczestnictwa w projekcie są zgodne z prawdą – jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą wynikającej z Kodeksu Karnego.

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis)



Zgoda na przetwarzanie danych

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a *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* (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych w postaci: Imię, nazwisko, PESEL, Nr indeksu, kierunek studiów, adres zamieszkania, numer konta bankowego, wskazany w formularzu zgłoszeniowym - w celu obsługi i realizacji projektu, polegającego na objęciu wsparciem ze środków planu rozwojowego przedsięwzięcia pn. „Objęcie wsparciem ze środków Planu rozwojowego, działania w postaci stypendiów dla studentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne. Edycja 2 rok akademicki 2023/2024”, realizowanego przez PANS w Krośnie w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, będącego elementem Inwestycji D2.1.1 „Inwestycje związane z modernizacją i doposażeniem obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne”

.....
podpis

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 *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* (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016) informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie, Rynek 1, 38-400 Krosno, tel. 13 43 755 00.
2. Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się mailowo: ochrona.danych@pans.krosno.pl.
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu obsługi i realizacji projektu, polegającego na objęciu wsparciem ze środków planu rozwojowego przedsięwzięcia pn. „Stypendia dla studentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne”, realizowanego przez PANS w Krośnie w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, będącego elementem Inwestycji D2.1.1 „Inwestycje związane z modernizacją i doposażeniem obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne” („Projekt”), w tym w celu obsługi wniosków, koordynacji i wypłaty stypendium.
4. Zakres danych podlegający przetwarzaniu: Dane studentów - osób biorących udział w projekcie: Imię, nazwisko, PESEL, Nr indeksu, kierunek studiów, data ukończenia studiów 1-go stopnia, adres zamieszkania, numer konta bankowego.

Podstawą do przetwarzania danych osobowych dla celów określonych w ust. 3 jest:

- 1) art.6 ust. 1 lit. a RODO, tj. zgoda na przetwarzanie danych wyrażona przez osobę wskazaną w ust. 4 przy dokonaniu zgłoszenia udziału w Projekcie, za

- pośrednictwem formularza zgłoszeniowego – w celu weryfikacji wniosku i dalszej obsługi,
- 2) art.6 ust. 1 lit. b RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy – w celu wydania decyzji o przyznaniu wniosku i zawarcia umowy stypendialnej;
5. Dane osobowe w zakresie: imię, nazwisko, PESEL, nr indeksu, kierunek studiów, data ukończenia studiów I stopnia będą przekazywane następującym podmiotom:
- 1) Ministrowi właściwemu ds. zdrowia, będącemu instytucją odpowiedzialną za realizację inwestycji, w ramach której udzielane jest wsparcie związane z Działaniem Systemu zachęt,
 - 2) Ministrowi właściwemu ds. rozwoju regionalnego, będącego instytucją koordynującą Plan rozwojowy (KPO).
6. Dane osobowe mogą ponadto zostać przekazane innym podmiotom takim, jak:
- 1) organy Unii Europejskiej na potrzeby związane z weryfikacją i rozliczeniem Projektu, a także w razie konieczności wynikających z prowadzonych postępowań kontrolnych i audytów;
 - 2) organy publiczne i urzędy państwowe lub innym podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa;
7. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wykonywania umowy, a także przez okres 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił koniec działania objętego Projektem (wyплаты stypendium).
8. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do swoich danych osobowych, a także prawo do ich sprostowania, żądania ograniczenia przetwarzania (jeśli zachodzą przesłanki określone w art. 18 RODO), wniesienia sprzeciwu oraz ich usunięcia.
9. W przypadku żądania usunięcia należy liczyć się z niemożnością wykonania przez Administratora czynności określonych w ust. 3, co w konsekwencji będzie skutkowało niemożnością wzięcia udziału w Projekcie.
10. Kontakt z Prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych: 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.
11. Podanie danych osobowych jest dobrowolne ale niezbędne do realizacji przez Administratora czynności określonej w ust. 3.
12. Dane osobowe nie podlegają profilowaniu. Administrator nie prowadzi zautomatyzowanego podejmowania decyzji w związku z przetwarzaniem danych osobowych.
13. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej innej niż Unia Europejska.



Załącznik nr 2 do Regulaminu przyznawania i wypłacania stypendiów w ramach projektu Objęcie wsparciem ze środków Planu rozwojowego, działania w postaci stypendiów dla studentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne. Edycja 2 rok akademicki 2023/2024

WNIOSEK

o przyznanie stypendium w ramach projektu Objęcie wsparciem ze środków Planu rozwojowego, działania w postaci stypendiów dla studentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne. Edycja 2 rok akademicki 2023/2024

Dane studenta

Imię i nazwisko	
Numer albumu	
Kierunek studiów	
Rok studiów (obecnie)	
Adres zamieszkania	
PESEL	
nr tel., e-mail	

W przypadku przyznania stypendium proszę o wpłacenie środków na moje konto:

Nr indywidualnego konta bankowego i nazwa banku:															

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej za przestępstwa określone w art. 286 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny: „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 (art. 307 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce: „Student podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenia przepisów obowiązujących w uczelni oraz za czyn uchybiający godności studenta”) oświadczam, że:

- że zapoznałem/am się z Regulaminem przyznawania i wypłacania stypendiów w ramach projektu „Objęcie wsparciem ze środków Planu rozwojowego, działania w postaci stypendiów dla studentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne. Edycja 2 rok akademicki 2023/2024”

- zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Krośnie przypadku wystąpienia lub zmiany okoliczności mających wpływ na prawo do pobierania Stypendium, wynikających z przepisów ww. Regulaminu stypendiów oraz zwrotu nienależnie pobranego Stypendium.

Krosno, dnia

.....
(podpis studenta)

<p>liczba punktów uzyskana w postępowaniu rekrutacyjnym na studia na kierunek Pielęgniarstwo/ Położnictwo/ Ratownictwo medyczne* (*niewłaściwe skreślić) w Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Krośnie w roku akademickim 2023/2024</p>	<p>Liczba punktów:</p> <p>.....</p> <p>Pieczęć i podpis pracownika Działu studiów</p>
<p>średnia po I roku studiów na kierunku Pielęgniarstwo/ Położnictwo/ Ratownictwo medyczne* (*niewłaściwe skreślić)</p>	<p>Średnia:</p> <p>.....</p> <p>Pieczęć i podpis pracownika Sekretariatu Zakładu Pielęgniarstwa/ Położnictwa/Ratownictwa medycznego</p>
<p>średnia po II roku studiów na kierunku Pielęgniarstwo/ Położnictwo/ Ratownictwo medyczne* (*niewłaściwe skreślić)</p>	<p>Średnia:</p> <p>.....</p> <p>Pieczęć i podpis pracownika Sekretariatu Zakładu Pielęgniarstwa/ Położnictwa/Ratownictwa medycznego</p>

<p>Data i godzina wpłynięcia wniosku:</p> <p>.....</p>	<p>Podpis osoby przyjmującej wniosek:</p> <p>.....</p>
<p>Łączna liczba punktów</p>	<p>Liczba punktów:</p> <p>.....</p> <p>podpis członka Komisji Stypendialnej</p>