**WYŻSZA SZKOŁA ADMINISTRACJI Wpłynęło:** .................................................................................  *data i podpis osoby przyjmującej wniosek*

**Kierunek ............................................................................................. stopień................................ Nr albumu...................**

**Rok studiów ........... Semestr ....................**

# WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

**na rok akademicki 2022/2023**

Imię i nazwisko studenta .............................................................................................., telefon kontaktowy ................................

Adres zamieszkania studenta .........................................................................................................................................................

(*kod , miejscowość, ulica,)*

Stopień niepełnosprawności .........................................................

**Do wniosku o stypendium załączam następujące dokumenty :**

* + - 1. ................................................................................................
      2. ................................................................................................

# O Ś W I A D C Z E N I E

Świadomy (a) odpowiedzialności karnej, cywilnoprawnej oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej za podawanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

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

*data i podpis studenta*

Zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. Nr 133 poz. 883) wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Wyższą Szkołę Administracji w Bielsku-Białej moich danych osobowych do celów stypendialnych i statystycznych. .............................................................

*data i podpis studenta*

Proszę o dokonanie przelewu stypendium na rachunek

*nr rachunku* ...................................................................................................................................................................................

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

*data i podpis studenta*

|  |
| --- |
| **Wypełnia WSA** |

**I. Obliczenie stypendium**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

data i podpis pracownika

**II. Decyzja organu przyznającego stypendium**

|  |  |
| --- | --- |
| Kwota przyznanego stypendium dla osób niepełnosprawnych |  |
| ...................................................................  data i podpis Przewodniczącego Komisji Stypendialnej | |