



# STAROSTWO POWIATOWE W KŁOBUCKU

42-100 Kłobuck  
Rynek im. Jana Pawła II 13  
www.powiatklobucki.pl

tel. +48 34 310 95 00  
fax +48 34 310 95 07  
e-mail: starostwo@klobuck.pl

## WNIOSEK

### o przyznanie stypendium dla studentów uczelni medycznych kierunku lekarskiego

Wypełnia student												
Nazwisko											Miejscowość	
Imiona												
Imię ojca											Data	
Imię matki												
Nazwa uczelni												
Kierunek studiów												
Rok studiów												
Data zaliczenia V roku studiów												
Średnia ocen za V rok studiów											e-mail:	
PESEL												Tel.:
Adres stałego zameldowania												
ulica								nr domu/ mieszkania				
miejscowość								powiat				
kod pocztowy			-				województwo					
												..... (podpis studenta)
Wypełnia Komisja Stypendialna												
*Przyznano stypendium: w kwocie ..... zł/m-c słownie ..... zł							Podpis przewodniczącego Komisji					
*Wniosek odrzucono (z powodu) .....							.....					

\* Niepotrzebne skreślić

.....  
potwierdzenie Dziekanatu

.....  
data i podpis Wnioskodawcy

#### Załączniki:

- 1) zaświadczenie z uczelni o statusie studentki/studenta;
- 2) zaświadczenie z uczelni o średniej ocen uzyskanej w poprzednim roku akademickim, tj. na V roku studiów;
- 3) oświadczenie studentki/studenta, że nie korzysta z urlopów określonych w regulaminie studiów, z urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego oraz innych urlopów określonych obowiązującymi przepisami prawa, a przewidzianych dla studentów;
- 4) zobowiązanie do podjęcia w ciągu 3 miesięcy od uzyskania pełnego prawa wykonywania zawodu lekarza zatrudnienia na stanowisku lekarza w publicznym podmiocie leczniczym dla którego Powiat Kłobucki jest podmiotem tworzącym, na czas nie krótszy niż 30 miesięcy;
- 5) oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.