

Załącznik nr 2
do Uchwały Nr 359/5097/23
Zarządu Województwa Lubuskiego
z dnia 10 października 2023 r.

WNIOSEK
O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA STUDENTA SZKOLENIA
PODYPLOMOWEGO Z PSYCHOLOGII KLINICZNEJ LUB PSYCHOTERAPII
W ROKU AKADEMICKIM 2023/2024

WYPEŁNIA STUDENT

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Data i miejsce urodzenia

.....

3. PESEL

.....

4. Telefon, adres e-mail

.....

5. Nazwa i adres uczelni instytutu/stowarzyszenia

.....

.....

6. Realizowana dziedzina szkolenia podyplomowego / psychoterapii

.....

7. Obecny rok studiów

.....

8. Adres stałego miejsca zamieszkania

.....

.....

9. Obecne miejsce zatrudnienia

.....

.....

10. Okres zatrudnienia

.....

11. Preferowane miejsce zatrudnienia po ukończonych szkoleniach podyplomowych w publicznym systemie ochrony zdrowia lub w jednostkach oświatowych, poradniach psychologiczno pedagogicznych lub w jednostkach pomocy społecznej na terenie województwa lubuskiego

a) pierwsza preferencja

.....

b) druga preferencja

.....

c) trzecia preferencja

.....

Wnioskuje o przyznanie stypendium na okres od 1 października 2023 r. do 30 czerwca 2024 r.

Oświadczam, że zgodnie z art. 7 ust. 1-4 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) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb naboru i realizacji umowy o stypendium.

.....

podpis Studenta

Załączniki:

- 1) oryginał zaświadczenia z uczelni o statusie studenta, z informacją o realizowaniu przez studenta nauki zgodnie z planem studiów (bez powtarzania roku, korzystania z urlopów)
- 2) oryginał zaświadczenia zatrudnienia w publicznych lub finansowanych ze środków publicznych placówkach opieki zdrowotnej lub oświaty