**Wniosek o przyznanie stypendium Ministra Zdrowia w ramach Działania 1. Systemu zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022-2026, Edycja 1, rok naboru 2022/2023**

WYPEŁNIA STUDENT

**Dane studenta**

Nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Imię/imiona ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nr albumu ……………………………………………………………..................................................................................

Kierunek studiów …………………………………………………………………………………………………………………………………

Rok studiów …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Tryb studiów \*

* stacjonarne
* niestacjonarne

Adres zamieszkania …………………………………...............................................................................................

Adres korespondencyjny ………………………………………………………………………………………………………………………

Adres mailowy ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon kontaktowy ……………………………………………………………………………………………………………………………..

**Informacje o koncie bankowym do przelewów**

Przyznane stypendium proszę przesyłać na mój rachunek w Banku ……………………………..…....……………….,   
  
nr konta:

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

**Rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu**

**………………………………………………………**

Proszę o przyznanie stypendium Ministra Zdrowia dla studentów kierunku lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, analityka medyczna, fizjoterapia oraz farmacja w ramach Działania 1. Systemu zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022-2026 w roku akademickim 2022/2023.

\* zaznaczyć właściwy kwadrat

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z *Regulaminem przyznawania studentom Uniwersytetu**Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu kierunku lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, analityka medyczna, fizjoterapia oraz farmacja stypendium* *w ramach* Działania 1. *Systemu zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022-2026, Edycja 1, rok akademicki 2022/2023*.

…………………………………………..… ………………………..……………………………….

(miejscowość, data) (podpis Studenta)

1. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 § 1 oraz art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 199 7 r. Kodeks karny, oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym wg stanu na dzień składania wniosku.

…………………………………………..… ………………………..……………………………….

(miejscowość, data) (podpis Studenta)

1. Oświadczam, że znane mi są przepisy *Regulaminu przyznawania studentom Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu kierunku lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, analityka medyczna, fizjoterapia oraz farmacja stypendium w ramach Działania 1. System zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022-2026, Edycja 1, rok akademicki 2022/2023* dotyczące zakazu pobierania stypendium na drugim kierunku studiów oraz wynikającego z nich obowiązku zwrotu świadczeń nieprawnie pobranych.

…………………………………………..… ………………………..……………………………….

(miejscowość, data) (podpis Studenta)

1. Oświadczam, że \*:

* nie pobieram/ nie pobierałem/am stypendium rektora.
* pobieram/ pobierałem/am stypendium rektora i, że zobowiązuję się do rezygnacji z przyznanego stypendium rektora i zwrotu całości pobranych świadczeń.

…………………………………………..… ………………………..……………………………….

(miejscowość, data) (podpis Studenta)

\* zaznaczyć właściwy kwadrat

WYPEŁNIA UCOS

W postępowaniu rekrutacyjnym prowadzonym w Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu na rok

akademicki …..……/…..…….. Pan/Pani …………………….…………………………………..…………. uzyskał/uzyskała  
  
………………… punktów;

pozycja na liście rankingowej: …………………… .

Dodatkowe kryterium/a\* : ...............................................................................................................

\* Zgodnie z art. 4 Regulaminu przyznawania studentom Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu kierunku lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, analityka medyczna, fizjoterapia oraz farmacja stypendium w ramach Działania 1. Systemu zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022- 2026, Edycja 1, rok akademicki 2022/2023 w przypadku gdy na ostatnim miejscu na liście rankingowej kierunku znajdą się osoby z tą samą punktacją, kolejnymi kryteriami w procesie oceny wniosków będą dodatkowe kryteria rekrutacyjne określone w uchwale nr 101/2021 Senatu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu z dnia 23 czerwca 2021 roku w sprawie warunków, trybu oraz terminu rozpoczęcia i zakończenia rekrutacji oraz sposobu jej przeprowadzenia na studia prowadzone w języku polskim w roku akademickim 2022/2023 na Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, a następnie średnia ocen (do dwóch miejsc po przecinku) ze wszystkich przedmiotów znajdujących się na świadectwie ukończenia szkoły średniej.  
  
  
 **Decyzja Uczelnianej Komisji Stypendialnej:**

1. Przyznano stypendium w ramach Działania 1. *Systemu zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022-2026 w roku akademickim 2022/2023 – kwota …….. zł miesięcznie*

**Podpisy członków Komisji:**

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

(przewodniczący)

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

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

(członkowie)

Poznań, dnia…………………......

**Decyzja Uczelnianej Komisji Stypendialnej po przeprowadzonej weryfikacji uprawnień do pobierania Stypendium po zakończeniu 1 roku studiów:**

1. Przyznano stypendium w ramach Działania 1. *Systemu zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022-2026 w roku akademickim 2023/2024 – kwota …….. zł miesięcznie*
2. Nie przyznano stypendium z powodu:

- zbyt niskiej średniej ocen – wymagana średnia: 4,00

- rezygnacji ze studiów

- korzystania z urlopu dziekańskiego

- powtarzania roku

- warunkowego wpisu na kolejny rok

- pobierania stypendium na innym kierunku studiów

**Podpisy członków Komisji:**

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

(przewodniczący)

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

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

(członkowie)

Poznań, dnia…………………......

**Decyzja Uczelnianej Komisji Stypendialnej po przeprowadzonej weryfikacji uprawnień do pobierania Stypendium po zakończeniu 2 roku studiów:**

1. Przyznano stypendium w ramach Działania 1. *Systemu zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022-2026 w roku akademickim 2024/2025 – kwota …….. zł miesięcznie*
2. Nie przyznano stypendium z powodu:

- zbyt niskiej średniej ocen – wymagana średnia: 4,00

- rezygnacji ze studiów

- korzystania z urlopu dziekańskiego

- powtarzania roku

- warunkowego wpisu na kolejny rok

- pobierania stypendium na innym kierunku studiów

**Podpisy członków Komisji:**

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

(przewodniczący)

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

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

(członkowie)

Poznań, dnia…………………......