*Załącznik nr 2 do Regulaminu* *zarządzania środkami finansowymi*

*Samorządu Doktorantów Instytutu Oceanologii Polskiej Akademii Nauk*

…………………, ……………….

[Miejscowość], [data]

**WNIOSEK O UDZIELENIE ZAPOMOGI W ROKU AKADEMICKIM 20…./………**

**(WNIOSEK NALEŻY UZUPEŁNIĆ CZYTELNIE – DRUKOWANYMI LITERAMI)**

**Komisja Budżetowa Samorządu Doktorantów**

**Instytutu Oceanologii Polskiej Akademii Nauk**

…………………………………………………………………………….……..

IMIĘ  I NAZWISKO

………………………………………………………………………..…………

SZKOŁA DOKTORSKA/STUDIUM DOKTORANCKIE/ ROK STUDIÓW

……………………………………………………………………………………

TELEFON KONTAKTOWY / E-MAIL

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

ADRES KORESPONDENCYJNY

PRZYZNANE ŚWIADCZENIE PROSZĘ  PRZELAĆ NA RACHUNEK BANKOWY:

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

(numer konta bankowego)

W BANKU

………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Proszę o przyznanie zapomogi ze środków finansowych Samorządu Doktorantów IO PAN z tytułu znalezienia się przejściowo w trudnej sytuacji życiowej, takiej jak:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | nieszczęśliwy wypadek |  |  śmierć członka najbliższej rodziny |
|  | choroba doktoranta lub najbliższego członka rodziny |   |  klęska żywiołowa (np. powodzi, pożaru) |
|  | inna (wskazać jaka) |

1. Uzasadnienie wniosku (należy szczegółowo opisać i uzasadnić fakt zaistnienia przejściowych, nadzwyczajnych, wyjątkowo negatywnych, niecodziennych, wpływających na sytuację życiową zdarzeń, których nie można było przewidzieć):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. W przypadku wystąpienia okoliczności mającej wpływ na prawo do świadczenia fakt ten zgłoszę niezwłocznie do Samorządu Doktoranckiego, a nienależnie pobrane świadczenia zostaną przeze mnie zwrócone.
2. Zapoznałem/am\* się z Regulaminem zarządzania środkami finansowymi Samorządu Doktorantów Instytutu Oceanologii Polskiej Akademii Nauk, w tym warunkami uprawniającymi do świadczeń ze środków Samorządu Doktorantów IO PAN.
3. Wyrażam zgodę na doręczenie decyzji Przewodniczącego Samorządu Doktorantów mailowo oraz w wersji papierowej.

**\*** niepotrzebne skreślić

Świadomy odpowiedzialności prawnej, w tym za podanie nieprawdziwych danych, łącznie z możliwością konieczności zwrotu nienależnie pobranych środków finansowych, w tym odpowiedzialności karnej z art. 286 § 1 k.k. oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej z art. 322 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty oraz dane w nich zawarte są zgodne ze stanem faktycznym.

………………….…………………………………..…

      podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że zapoznałem się z poniższą klauzulą:

**Klauzula RODO**

Zgodnie z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, że:

1) Instytut Oceanologii Polskiej Akademii Nauk jest administratorem danych osobowych osoby, której dane są przetwarzane w związku z ubieganiem się przez doktoranta o świadczenia ze środków Samorządu Doktorantów IO PAN

2) dane kontaktowe administratora: ul. Powstańców Warszawy 55, 81-712 Sopot, (+48 58) 73 11 600, fax: (+48 58) 551 21 30; e-mail: office@iopan.gda.pl,

3) w sprawach związanych z przetwarzaniem danych należy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych: tel. 58 73 11 942, e-mail: iodo@iopan.pl,

4) Pani/ Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia i realizacji wniosku o przyznanie świadczenia z ww. środków oraz w celach rozliczeniowych i archiwalnych, a także w celu dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami,

5) Pani/ Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 6 ust. 1 lit. f RODO (niezbędność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na IO PAN oraz prawnie uzasadniony interes administratora),

6) Pani/ Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 5 lat w odniesieniu do dokumentacji, na podstawie której przyznano świadczenia ze środków Samorządu Doktorantów IO PAN,

7) odbiorcami danych mogą być podmioty upoważnione na mocy przepisów prawa oraz podmioty, z którymi IO PAN zawrze stosowne umowy w zakresie realizacji usług zewnętrznych,

8) posiada Pani/ Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii, ich sprostowania, ich usunięcia (w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa) lub ograniczenia ich przetwarzania,

9) posiada Pani/ Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego skargi tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,

10) podanie przez Panią/ Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości ubiegania się o przyznanie świadczenia ze środków Samorządu Doktorantów IO PAN,

11) w odniesieniu do przetwarzanych danych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, ani też dane nie będą przekazywane poza obszar UE/EOG

                                                                       ………………………………………………

                                                                                                                 podpis wnioskodawcy

**WYPEŁNIA członek Komisji Budżetowej:**

Potwierdzam złożenie wniosku z kompletem załączników:

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

                                                                                         Data i podpis Przewodniczącej/-go Komisji Budżetowej

**Przyznano/ nie przyznano\* ZAPOMOGĘ w wysokości…………….……,**

**Data rozpatrzenia wniosku………………………………………………….**

\* *niepotrzebne skreślić*

Podpis Przewodnicząca/-y Samorządu Doktorantów IO PAN:

…………………………………………………………..