

ŁUŻYCKA SZKOŁA WYŻSZA im. Jana Benedykta Solfy w Żarach
WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM REKTORA DLA NAJLEPSZYCH STUDENTÓW
ZA WYSOKĄ ŚREDNIĄ

Rodzaj studiów*	S	N	Nr albumu	Rok studiów	Rok akademicki /	PESEL																																									
Wydział																																															
Kierunek																																															
Nazwisko i imię studenta**																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																															
Adres stałego zameldowania			ulica																																												
Kod	__ - __ - __	Miasto											województwo																																		
Adres korespondencyjny		<input type="checkbox"/> taki sam jak adres zameldowania										lub inny	ulica																																		
Kod	__ - __ - __	Miasto											województwo																																		
Telefon kontaktowy													e-mail																																		
Średnie ocen stanowiących podstawę do przyznania stypendium (liczone zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie Łużyckiej Szkoły Wyższej w Żarach):																																															
Średnia roczna za rok akademicki /																																															
(arytmetyczna średnia ze średnich semestralnych)																																															
Nr konta bankowego studenta																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																															

Oświadczam, że ubiegam się o stypendium Rektora tylko na kierunku i w Uczelni wskazanych na niniejszym wniosku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97r. o Ochronie danych osobowych Dz.U.97 Nr 133 poz. 883. Oświadczam, iż zostałem poinformowany o nazwie i siedzibie administratora danych osobowych, celu zbierania danych oraz prawie dostępu do treści moich danych i ich poprawiania.

Data i czytelny podpis studenta:

**Potwierdzenie średniej oceny przez
pracownika Dziekanatu**

.....
pieczęćka i podpis pracownika

Data przyjęcia wniosku

* Zaznaczyć właściwe (**S** - stacjonarne lub **N** - niestacjonarne)

** Wypełnić czytelnie dużymi literami