

**Zarządzenie nr 124/2025  
z dnia 24 listopada 2025 r.  
Rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**zmieniające zarządzenie nr 93/2024 z dnia 5 września 2024 r. Rektora Uniwersytetu Medycznego  
w Łodzi w sprawie Regulaminu własnego funduszu stypendialnego  
w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi oraz w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego Regulaminu**

Na podstawie art. 420 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2024 r. poz. 1571 ze zm.), § 13 ust. 2 oraz § 87 Statutu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 27 czerwca 2019 r., ze zm., zarządza się co następuje:

**§ 1**

W Regulaminie własnego funduszu stypendialnego w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, stanowiącym załącznik do zarządzenia nr 93/2024 z dnia 5 września 2024 r. Rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 2 ust. 2 pkt 2 treść powinna mieć brzmienie „Fundusz przeznaczony jest na wypłatę stypendiów dla studentów pierwszego roku:
  - 1) jednolitych studiów magisterskich,
  - 2) studiów pierwszego stopnia – Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, zwanego dalej „Uniwersytetem”
    - którzy podjęli studia w roku uzyskania świadectwa dojrzałości oraz spełniają warunki określone w § 3.”;
- 2) w § 6 ust. 2 treść powinna mieć brzmienie „Rektor corocznie określa wysokość stypendiów na dany rok akademicki, na podstawie wysokości środków przeznaczonych na ten cel oraz liczby przyznanych stypendiów, z zastrzeżeniem § 7 ust. 1.”;
- 3) w § 7 ust. 2 treść powinna mieć brzmienie „Laureaci I, II lub III miejsca olimpiady międzynarodowej otrzymują stypendium stanowiące dwukrotność określonej przez Rektora kwoty, o której mowa w § 6 ust. 2.”;
- 4) załącznik do Regulaminu – Wniosek o przyznanie stypendium z własnego funduszu stypendialnego w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do zarządzenia.

**§ 2**

Tekst jednolity Regulaminu własnego funduszu stypendialnego w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, uwzględniający zmiany, o których mowa w § 1, stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.

**§ 3**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**REKTOR:** *prof. dr hab. n. med. Janusz Piekarski*

Załącznik do Regulaminu własnego funduszu stypendialnego  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wydział .....

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM Z WŁASNEGO FUNDUSZU STYPENDIALNEGO  
W UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM W ŁODZI NA ROK AKADEMICKI ...../.....**

|                                                              |                                                                                                 |                        |  |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--|
| Imię i nazwisko:                                             |                                                                                                 | Kierunek:              |  |
| Nr albumu:                                                   |                                                                                                 | Specjalność:           |  |
| Tel. kontaktowy:                                             |                                                                                                 | Rok studiów:           |  |
| Adres e-mail wnioskodawcy<br>w systemie e-student:           |                                                                                                 | Forma<br>studiów:      |  |
| Data urodzenia:                                              |                                                                                                 | Poziom<br>kształcenia: |  |
| Adres stałego zamieszkania<br>wnioskodawcy:                  | ulica, nr domu, nr mieszkania:<br>kod pocztowy, miejscowość:<br>gmina / powiat:<br>województwo: |                        |  |
| Adres do korespondencji<br>(jeśli inny niż podany<br>wyżej): | ulica, nr domu, nr mieszkania:<br>kod pocztowy, miejscowość:                                    |                        |  |

| OSIĄGNIĘCIA |                            |                 |                |
|-------------|----------------------------|-----------------|----------------|
| Lp.         | Rodzaj i nazwa osiągnięcia | Rok osiągnięcia | Zajęte miejsce |
| 1.          |                            |                 |                |
| 2.          |                            |                 |                |
| 3.          |                            |                 |                |
| 4.          |                            |                 |                |
| 5.          |                            |                 |                |

**Do wniosku załączam następujące dokumenty i oświadczenia:**

| Lp. | Załącznik                          |
|-----|------------------------------------|
| 1   | Oświadczenie do stypendium FW UMED |
|     |                                    |

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem własnego funduszu stypendialnego w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

| data                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | imię i nazwisko |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Świadomy(a) odpowiedzialności karnej, cywilno-prawnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku i załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym. Równocześnie zobowiązuję się powiadomić Uczelnię o wszystkich zmianach w przedstawionych we wniosku danych. <b>Przyznana kwotę stypendium proszę przelać na moje konto bankowe.</b> |                 |

| data                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | imię i nazwisko |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi w celu rozpatrzenia i realizacji wniosku dotyczącego przyznania wskazanego rodzaju świadczenia, przysługującego w ramach pomocy materialnej dla studentów, zgodnie z przepisami 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). |                 |

| data | imię i nazwisko |
|------|-----------------|
|------|-----------------|

#### Informacje o przetwarzaniu danych osobowych:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi, z siedzibą w Łodzi, przy al. Kościuszki 4; kod pocztowy: 90-419 Łódź, tel.: 42 2725803, NIP: 725 18 43 739, REGON: 473 073 308. Kontakt z Administratorem jest możliwy za pośrednictwem danych teleadresowych oraz poprzez skrzynkę elektroniczną pod adresem: [rektor@umed.lodz.pl](mailto:rektor@umed.lodz.pl);
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony danych, z którym można się skontaktować za pośrednictwem adresu e-mail: [iod@umed.lodz.pl](mailto:iod@umed.lodz.pl).
- 3) Cele i podstawa prawna przetwarzania:
  - w celu realizacji zadań wykonywanych w interesie publicznych powierzonych Administratorowi na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
  - w celu realizacji uprawnień do otrzymania świadczenia na podstawie art. 6 ust.1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych w zw. z art. 86 ustawy z 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów;
  - wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze w związku z realizacją obowiązku sprawozdawczego w zakresie podatku dochodowego - na podstawie art. 6 ust.1 lit. c RODO;
  - w celu dochodzenia, ustalenia lub obrony ewentualnych roszczeń z tytułu przyznanych świadczeń na podstawie uzasadnionego interesu Administratora zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
- 4) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczenia i jego późniejszej realizacji/wypłaty.
- 5) Dane w dokumentach załączanych do akt osobowych studenta zgodnie z § 15 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów są przechowywane przez okres 50 lat od ukończenia studiów. Okres przechowywania danych osobowych kształtowany jest również przez przepisy prawa podatkowego oraz terminy przedawnienia roszczeń.
- 6) Odbiorcami danych osobowych będą: podmioty dostarczające i wspierające systemy informatyczne stosowane przez Administratora oraz podmioty świadczące usługi związane z bieżącą działalnością Administratora – na mocy stosownych umów powierzania danych osobowych oraz przy zapewnieniu stosowania przez ww. podmioty adekwatnych środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę danych. Dane osobowe mogą również być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
- 7) Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej, chyba że jest to wymagane przez obowiązujące przepisy prawa. W tym jednak przypadku, Administrator danych zadba o zapewnienie podstawy prawnej oraz odpowiedniego poziomu zabezpieczenia danych, gwarantując spełnienie warunków określonych w rozdziale V RODO.

- 8) Każdej osobie, której dane są przetwarzane, w zakresie wynikającym z przepisów prawa, przysługuje prawo:
- Prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - Prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
  - Prawo do ograniczenia przetwarzania;
  - Prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie;
- 9) W przypadku wątpliwości związanych z przetwarzaniem danych osobowych każda osoba może zwrócić się do Administratora z prośbą o udzielenie informacji.
- 10) Niezależnie od powyższego, każdemu przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych <https://uodo.gov.pl/pl/83/155>.
- 11) W ramach przetwarzania przez Administratora danych osobowych w ramach wniosków o świadczenia nie dochodzi do zautomatyzowanego podejmowania decyzji oraz nie dochodzi do profilowania.

Po zapoznaniu z treścią klauzuli informacyjnej oświadczam, że:

- 1) rozumiem i akceptuję jej treść,
- 2) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, w sposób całkowicie dobrowolny wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi moich danych osobowych zawartych w treści wniosku dla celów rozpatrzenia i realizacji wniosku o przyznanie wskazanego rodzaju świadczenia, przysługującego w ramach pomocy materialnej dla studentów,
- 3) zostałem/am poinformowany/a, że moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie wyrażonej przeze mnie dobrowolnej zgody oraz, że przysługuje mi prawo do jej cofnięcia w każdym czasie, przy czym cofnięcie zgody wywołuje skutki prawne od momentu jego złożenia i będzie pozostawało bez wpływu na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z realizacją niniejszej umowy przed złożeniem oświadczenia o cofnięciu zgody.

.....  
(data, imię i nazwisko)

Załącznik nr 2 do zarządzenia nr 124/2025  
z dnia 24 listopada 2025 r.  
Rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

## **REGULAMIN WŁASNEGO FUNDUSZU STYPENDIALNEGO W UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM W ŁODZI**

(tekst jednolity)



**Łódź 2024**

## **ROZDZIAŁ I**

### **POSTANOWIENIA OGÓLNE**

#### **§ 1**

1. Regulamin własnego funduszu stypendialnego w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, zwany dalej „Regulaminem” został opracowany na podstawie:
  - 1) art. 420 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, zwanej dalej „ustawą”;
  - 2) § 87 Statutu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 27 czerwca 2019 r., ze zm.
2. Regulamin określa zasady nabywania uprawnień, przyznawania, utraty oraz wypłaty stypendium z własnego funduszu stypendialnego w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, zwanego dalej „Funduszem”.

#### **§ 2**

1. Środki pochodzą z innych źródeł finansowania niż budżet państwa oraz budżet jednostek samorządu terytorialnego lub ich związków, w szczególności:
  - 1) z odpisu w ciężar kosztów działalności dydaktycznej, który nie może być większy niż 20 % planowanego zysku netto na dany rok. W przypadku osiągnięcia zysku mniejszego niż planowany, odpis ustala się w wysokości proporcjonalnie zmniejszonej. W przypadku osiągnięcia zysku większego niż planowany, odpis ustala się w wielkości planowanej;
  - 2) z wpłat osób fizycznych i prawnych przeznaczonych na Fundusz.
2. Fundusz przeznaczony jest na wypłatę stypendiów dla studentów pierwszego roku:
  - 1) jednolitych studiów magisterskich,
  - 2) studiów pierwszego stopnia  
– Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, zwanego dalej „Uniwersytetem”, którzy podjęli studia w roku uzyskania świadectwa dojrzałości oraz spełniają warunki określone w § 3.
3. Fundusz przeznaczony jest również na realizację następujących celów:
  - 1) pozyskanie kandydatów z najlepszymi wynikami i osiągnięciami na studia prowadzone przez Uniwersytet;
  - 2) wyróżnienie najlepszych studentów przyjętych na studia w Uniwersytecie;
  - 3) podnoszenie jakości kształcenia na kierunkach prowadzonych w Uniwersytecie;
  - 4) zwiększenie aktywności naukowej oraz sportowej studentów.
4. Środki na wypłatę stypendium z Funduszu, zwanego dalej „stypendium”, ewidencjonowane są na odrębnym koncie księgowym.

## **ROZDZIAŁ II**

### **ZASADY UBIEGANIA SIĘ O STYPENDIUM**

#### **§ 3**

1. Stypendystą Funduszu może zostać student, który:
  - 1) jest laureatem olimpiady stopnia centralnego,
  - 2) jest laureatem konkursu międzynarodowego lub ogólnopolskiego, w tym organizowanego przez Uniwersytet  
– z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Przepisy ust. 1 dotyczą osiągnięć uzyskanych w olimpiadach wymienionych w uchwale Senatu Uniwersytetu w sprawie zasad przyjmowania na studia w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi laureatów i finalistów olimpiad stopnia centralnego oraz laureatów konkursów międzynarodowych i ogólnopolskich, w tym organizowanych przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi, obowiązującej w postępowaniu rekrutacyjnym na dany rok akademicki.

### **ROZDZIAŁ III**

#### **PROCEDURA PRYZNAWANIA STYPENDIUM**

##### **§ 4**

1. Stypendium przyznawane jest na okres od października do czerwca roku akademickiego, w którym stypendysta Funduszu rozpoczął kształcenie i wypłacane w miesięcznych ratach na rachunek bankowy wskazany przez stypendystę.
2. Pierwsza wypłata stypendium składa się łącznie z dwóch rat (październik, listopad) i wypłacana jest w listopadzie.

##### **§ 5**

1. Kandydaci na studia w Uniwersytecie uzupełniają informacje na temat uczestnictwa w olimpiadzie na etapie procesu rekrutacji.
2. Stypendium przyznawane jest wyłącznie na wniosek osoby przyjętej na studia. Wzór wniosku stanowi załącznik do niniejszego Regulaminu.
3. Do wniosku, o którym mowa w ust. 2, należy dołączyć oryginał dyplomu, albo kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem, lub zaświadczenie wydane przez komitet główny właściwej olimpiady.
4. Wniosek, o którym mowa w ust. 2, należy złożyć w Dziale Pomocy Materialnej do dnia 5 października danego roku. Wnioski złożone po terminie rozpatrywane są negatywnie.

##### **§ 6**

1. Dysponentem Funduszu jest Rektor lub prorektor działający z jego upoważnienia.
2. Rektor corocznie określa wysokość stypendiów na dany rok akademicki, na podstawie wysokości środków przeznaczonych na ten cel oraz liczby przyznanych stypendiów, z zastrzeżeniem § 7 ust.1.
3. Decyzję o przyznaniu stypendium podejmuje Rektor. Decyzja Rektora jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie.

##### **§ 7**

1. Wysokość stypendium nie może być niższa niż 600 zł miesięcznie.
2. Laureaci I, II lub III miejsca olimpiady międzynarodowej otrzymują stypendium stanowiące dwukrotność określonej przez Rektora kwoty, o której mowa w § 6 ust. 2.

##### **§ 8**

1. Obsługę administracyjną Funduszu zapewnia Dział Pomocy Materialnej.
2. Obsługę księgową Funduszu zapewnia Dział Księgowości.

## **ROZDZIAŁ IV**

### **UTRATA, WSTRZYMANIE LUB PRZYWRÓCENIE STYPENDIUM**

#### **§ 9**

1. Stypendysta Funduszu traci prawo do otrzymywania stypendium w przypadku:
  - 1) skreślenia z listy studentów;
  - 2) uzyskania stypendium na podstawie nieprawdziwych danych;
  - 3) rezygnacji z otrzymywania stypendium;
  - 4) rezygnacji ze studiów.
2. Utrata prawa do otrzymywania stypendium następuje od miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały przesłanki określone w ust. 1.
3. Wypłata stypendium zostaje wstrzymana w przypadku:
  - 1) zawieszenia w prawach studenta – do czasu wydania prawomocnego orzeczenia w tej sprawie;
  - 2) wszczęcia postępowania administracyjnego – do czasu określenia statusu studenta.
4. Przywrócenie wypłaty stypendium następuje na podstawie decyzji Rektora, po złożeniu wniosku w tej sprawie przez stypendystę.

## **ROZDZIAŁ V**

### **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

#### **§ 10**

1. Stypendium przyznawane jest niezależnie od innych stypendiów i świadczeń oraz nie ogranicza prawa studenta do ubiegania się o przyznanie i otrzymanie innych form pomocy materialnej określonych w art. 86 ustawy.
2. Stypendium przyznane studentowi na podstawie nieprawdziwych danych podlega niezwłocznemu zwrotowi.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem zastosowanie mają przepisy ustawy oraz regulacje wewnętrzne Uniwersytetu.



Wydział .....

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM Z WŁASNEGO FUNDUSZU STYPENDIALNEGO  
W UNIwersYTECIE MEDYCZNYM W ŁODZI NA ROK AKADEMICKI ...../.....**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Imię i nazwisko: _____</p> <p>Nr albumu: _____</p> <p>Tel. kontaktowy: _____</p> <p>Adres e-mail wnioskodawcy<br/>w systemie e-student: _____</p> <p>Data urodzenia: _____</p> <p>Adres stałego zamieszkania<br/>wnioskodawcy: _____</p> <p>Adres do korespondencji<br/>(jeśli inny niż podany<br/>wyżej): _____</p> | <p>Kierunek: _____</p> <p>Specjalność: _____</p> <p>Rok studiów: _____</p> <p>Forma<br/>studiów: _____</p> <p>Poziom<br/>kształcenia: _____</p> <p>ulica, nr domu, nr mieszkania: _____</p> <p>kod pocztowy, miejscowość: _____</p> <p>gmina / powiat: _____</p> <p>województwo: _____</p> <p>ulica, nr domu, nr mieszkania: _____</p> <p>kod pocztowy, miejscowość: _____</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| OSIĄGNIĘCIA |                            |                 |                |
|-------------|----------------------------|-----------------|----------------|
| Lp          | Rodzaj i nazwa osiągnięcia | Rok osiągnięcia | Zajęte miejsce |
| 1.          |                            |                 |                |
| 2.          |                            |                 |                |
| 3.          |                            |                 |                |
| 4.          |                            |                 |                |
| 5.          |                            |                 |                |

**Do wniosku załączam następujące dokumenty i oświadczenia:**

| Lp. | Załącznik                          |
|-----|------------------------------------|
| 1)  | Oświadczenie do stypendium FW UMED |
|     |                                    |

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem własnego funduszu stypendialnego w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

| data                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | imię i nazwisko |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Świadomy(a) odpowiedzialności karnej, cywilno-prawnej i dyscyplinarnej za podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku i załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym. Równocześnie zobowiązuję się powiadomić Uczelnię o wszystkich zmianach w przedstawionych we wniosku danych. <b>Przyznaną kwotę stypendium proszę przelać na moje konto bankowe.</b> |                 |

| data                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | imię i nazwisko |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi w celu rozpatrzenia i realizacji wniosku dotyczącego przyznania wskazanego rodzaju świadczenia, przysługującego w ramach pomocy materialnej dla studentów, zgodnie z przepisami 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). |                 |

| data | imię i nazwisko |
|------|-----------------|
|------|-----------------|

#### Informacje o przetwarzaniu danych osobowych:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi, z siedzibą w Łodzi, przy al. Kościuszki 4; kod pocztowy: 90-419 Łódź, tel.: 42 2725803, NIP: 725 18 43 739, REGON: 473 073 308. Kontakt z Administratorem jest możliwy za pośrednictwem danych teleadresowych oraz poprzez skrzynkę elektroniczną pod adresem: [rektor@umed.lodz.pl](mailto:rektor@umed.lodz.pl);
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony danych, z którym można się skontaktować za pośrednictwem adresu e-mail: [iod@umed.lodz.pl](mailto:iod@umed.lodz.pl).
- 3) Cele i podstawa prawna przetwarzania:
  - w celu realizacji zadań wykonywanych w interesie publicznych powierzonych Administratorowi na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
  - w celu realizacji uprawnień do otrzymania świadczenia na podstawie art. 6 ust.1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych w zw. z art. 86 ustawy z 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów;
  - wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze w związku z realizacją obowiązku sprawozdawczego w zakresie podatku dochodowego - na podstawie art. 6 ust.1 lit. c RODO;
  - w celu dochodzenia, ustalenia lub obrony ewentualnych roszczeń z tytułu przyznanych świadczeń na podstawie uzasadnionego interesu Administratora zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
- 4) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczenia i jego późniejszej realizacji/wypłaty.
- 5) Dane w dokumentach załączanych do akt osobowych studenta zgodnie z § 15 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów są przechowywane przez okres 50 lat od ukończenia studiów. Okres przechowywania danych osobowych kształtowany jest również przez przepisy prawa podatkowego oraz terminy przedawnienia roszczeń.
- 6) Odbiorcami danych osobowych będą: podmioty dostarczające i wspierające systemy informatyczne stosowane przez Administratora oraz podmioty świadczące usługi związane z bieżącą działalnością Administratora – na mocy stosownych umów powierzania danych osobowych oraz przy zapewnieniu stosowania przez ww. podmioty adekwatnych środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę danych. Dane osobowe mogą również być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
- 7) Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej, chyba że jest to wymagane przez obowiązujące przepisy prawa. W tym jednak przypadku, Administrator danych zadba o zapewnienie podstawy prawnej oraz odpowiedniego poziomu zabezpieczenia danych, gwarantując spełnienie warunków określonych w rozdziale V RODO.

- 8) Każdej osobie, której dane są przetwarzane, w zakresie wynikającym z przepisów prawa, przysługuje prawo:
- Prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - Prawo do sprostowania(poprawiania) swoich danych;
  - Prawo do ograniczenia przetwarzania;
  - Prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie;
- 9) W przypadku wątpliwości związanych z przetwarzaniem danych osobowych każda osoba może zwrócić się do Administratora z prośbą o udzielenie informacji.
- 10) Niezależnie od powyższego, każdemu przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych <https://uodo.gov.pl/pl/83/155>.
- 11) W ramach przetwarzania przez Administratora danych osobowych w ramach wniosków o świadczenia nie dochodzi do zautomatyzowanego podejmowania decyzji oraz nie dochodzi do profilowania.

Po zapoznaniu z treścią klauzuli informacyjnej oświadczam, że:

- 1) rozumiem i akceptuję jej treść,
- 2) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, w sposób całkowicie dobrowolny wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi moich danych osobowych zawartych w treści wniosku dla celów rozpatrzenia i realizacji wniosku o przyznanie wskazanego rodzaju świadczenia, przysługującego w ramach pomocy materialnej dla studentów,
- 3) zostałem/am poinformowany/a, że moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie wyrażonej przeze mnie dobrowolnej zgody oraz, że przysługuje mi prawo do jej cofnięcia w każdym czasie, przy czym cofnięcie zgody wywołuje skutki prawne od momentu jego złożenia i będzie pozostawało bez wpływu na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z realizacją niniejszej umowy przed złożeniem oświadczenia o cofnięciu zgody.

.....  
(data, imię i nazwisko)