Imię i nazwisko………………………………………….…………………………………….…

Nazwa uczelni ………………………...………………………………………………….........

Kierunek……………………………………..…….

Aktualny semestr …………………………….…..

Telefon kontaktowy………………………….……

E-mail………………………………………………

Nr indeksu……………………………………….…

Średnia ocen z semestru poprzedzającego złożenie niniejszego wniosku………………..

Aktualne zatrudnienie………………………………………………………………….…………

**WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM**

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie stypendium fundowanego przez Głogowski Szpital Powiatowy
sp. z o.o. z siedzibą w Głogowie, ul. Kościuszki 15, 67-200 Głogów oraz o zawarcie ze mną umowy stypendialnej.

Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z **Regulaminem programu stypendialnego Głogowskiego Szpitala Powiatowego sp. z o.o. dla studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej
w Głogowie studiujących na kierunku Pielęgniarstwo.**

**UZASADNIENIE WNIOSKU, motywacja do uzyskania stypendium:**

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

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

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

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

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

…………………………. ………………………….………

 Data Czytelny Podpis Wnioskodawcy

Załączniki:

1. zgoda na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z wzorem (Załącznik nr 1 do Wniosku
o przyznanie stypendium),
2. zaświadczenie, że Uczestnik jest studentem III lub wyższego semestru studiów licencjackich (wystawionym przez uczelnię Uczestnika),
3. zaświadczenie o średniej ocen uzyskanych przez Uczestnika w semestrze poprzedzającym złożenie Wniosku (wystawionym przez uczelnię Uczestnika),
4. oświadczenie Uczestnika o gotowości pracy u Fundatora po zakończeniu studiów i uzyskaniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza na terenie Rzeczpospolitej Polskiej
i nieposiadaniu zobowiązań wobec innych podmiotów związanych z podjęciem zatrudnienia
lub nawiązaniem współpracy po zakończeniu studiów,
5. Curriculum Vitae Uczestnika.