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

 *(imię i nazwisko wnioskodawcy) (miejscowość, data)*

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

 *(adres zamieszkania)*

……………………………………….

*(tel. kontaktowy)*

 **WNIOSEK**

 **O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA NA STUDIA**

I. Dane osobowe nauczyciela

 1. Miejsce zatrudnienia: (pełna nazwa placówki oświatowej)

2. Forma nawiązania stosunku pracy:

 (umowa o pracę na czas nieokreślony, określony/ na zastępstwo
 podać okres zawarcia umowy na czas określony/na zastępstwo )

 3. Wymiar godzin:

 4. Status zawodowy:

 (nauczyciel stażysta/kontraktowy/mianowany/dyplomowany)

 5. Dotychczasowe wykształcenie:

 6. Nazwa ukończonej uczelni,

 kierunek, specjalność:

 7. Nauczany przedmiot:

II. Informacje o podjętych (kontynuowanych) studiach

1. Nazwa uczelni:
2. Dokładny adres uczelni:
3. Rok studiów oraz rodzaj:
(magisterskie, podyplomowe, kurs)
4. Kierunek – specjalność:

5. Semestry:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ilość semestrów ogółem | Data rozpoczęcia I semestru  | Data rozpoczęcia i zakończenia wnioskowanego semestru/semestrów | Planowana data ukończenia studiów | Semestr lub semestry, na które wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie |
|  |  |  |  |  |

1. Wysokość opłaty za semestr (semestry), który ma być

dofinansowany, wynikająca z zaświadczenia z uczelni:

7. Numer konta uczelni:
 (wypełnić w przypadku **braku dokonania** indywidualnej wpłaty na konto uczelni)

|  |
| --- |
|  |

1. Numer konta osobistego:

(wypełnić tylko w przypadku **dokonania** indywidualnej wpłaty na konto uczelni. Obowiązkowo należy załączyć do wniosku wyciąg z rachunku bankowego wnioskodawcy):

|  |
| --- |
|  |

1. Czy korzystano wcześniej z dofinansowania:

(podać rok, wysokość dofinansowania, kierunek/specjalizację)

|  |
| --- |
|  |

**Wnioskodawca zobowiązany jest załączyć do wniosku zaświadczenie o wysokości czesnego za wnioskowany semestr, zaświadczenie/świadectwo ukończenia wnioskowanego semestru oraz w przypadku uiszczenia opłaty – potwierdzenie jej zapłaty.**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) (Dz. U. UE L 119
z 4 maja 2016 r., s. 1) – zwanego dalej „RODO” − informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Prezydent Miasta Inowrocław z siedzibą w Inowrocławiu przy al. Ratuszowej 36;
2. Wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować pod nr tel. 52-35-55-347 lub adresem e‑mail: iod@inowroclaw.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznania dofinansowania na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w oparciu o ustawę z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021 r. poz. 1762.);
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do tego na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat;
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
7. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

**Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że w przypadku:**

**1) powtarzania semestru lub roku studiów,**

**2) przerwania studiów przed ich ukończeniem,**

**3) rozwiązania umowy o pracę na prośbę lub z winy nauczyciela w ciągu 2 lat od chwili ukończenia dofinansowanego przez Miasto Inowrocław kierunku studiów, zobowiązuję się niezwłocznie zwrócić otrzymaną kwotę dofinansowania.**

…………….…..……………………………..

 *(Podpis wnioskodawcy)*

1. Akceptacja oraz pozytywna opinia wybranego kierunku/specjalności studiów
w ramach potrzeb placówki przez dyrektora tej placówki:

|  |
| --- |
|  |