ZARZĄD POWIATU
w Nidzicy
ul. Traugutta 23
13-100 Nidzica

Uchwała Nr 63/150/2025
Zarządu Powiatu w Nidzicy
z dnia 20 maja 2025 r.

w sprawie ogłoszenia naboru wniosków o przyznanie stypendium studentom uczelni wyższej kształcącym się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim

Na podstawie art. 12 ust. 10a ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 107 z późn. zm.) oraz § 4 ust. 1 *Regulaminu przyznawania stypendium studentom kształcącym się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim*, stanowiącego Załącznik do Uchwały Nr XIV/100/2025 Rady Powiatu w Nidzicy z dnia 28 marca 2025 r. w sprawie określenia zasad przyznawania przez Powiat Nidzicki stypendium studentom uczelni wyższej kształcącym się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim (Dz. Urz. Woj. Warm.-Maz. z 2025 r., poz. 2065) uchwala się, co następuje:

§ 1

1. Ogłasza się nabór wniosków o przyznanie stypendium studentom uczelni wyższej kształcącym się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim.
2. Ogłoszenie o naborze wniosków stanowi Załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2

Ogłoszenie o naborze wniosków zamieszcza się na stronie internetowej Starostwa Powiatowego w Nidzicy, w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na tablicy ogłoszeń w Starostwie Powiatowym w Nidzicy.

§ 3

Wykonanie uchwały powierza się Staroście Nidzickiemu.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

STAROSTA
Paweł Przybyłek

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr 63/150/2025
Zarządu Powiatu w Nidzicy
z dnia 20 maja 2025 r.

OGŁOSZENIE O NABORZE WNIOSKÓW O PRZYZNANIE STYPENDIUM STUDENTOM UCZELNI WYŻSZEJ KSZTAŁCĄCYM SIĘ NA KIERUNKU LEKARSKIM LUB PIELĘGNIARSKIM

Zarząd Powiatu w Nidzicy działając na podstawie *Regulaminu przyznawania stypendium studentom kształcącym się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim*, stanowiącego załącznik do Uchwały Nr XIV/100/2025 Rady Powiatu w Nidzicy z dnia 28 marca 2025 r. *w sprawie określenia zasad przyznawania przez Powiat Nidzicki stypendium studentom uczelni wyższej kształcącym się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim* (Dz. Urz. Woj. Warm.-Maz. z 2025 r., poz. 2065) **ogłasza nabór wniosków o przyznanie stypendium studentom uczelni wyższej kształcącym się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim**

I. Maksymalna wysokość stypendium oraz przewidywana liczba przyznanych stypendiów:

1. Stypendium przyznawane jest na okres do 9 miesięcy. Maksymalna wysokość stypendium przyznanego na podstawie jednego wniosku wynosi w sumie 19 800,00 zł brutto.
2. Od kwoty otrzymanego stypendium dokonuje się potrąceń publicznoprawnych, jeżeli wynikają z przepisów prawa.
3. Stypendium wypłacane jest na rachunek bankowy wskazany przez stypendystę we wniosku o przyznanie stypendium.
4. Liczba przyznanych stypendiów w naborze wniosków przewidziana została maksymalnie dla 3 stypendystów.

II. Warunki przyznawania stypendium oraz sposób składania wniosków:

1. Stypendium może być przyznane studentowi, który spełni łącznie następujące wymogi:
   1) jest studentem kierunku lekarskiego lub pielęgniarskiego na uczelni wyższej uznawanej przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego,
   2) jest studentem V lub VI roku studiów kształcącym się na kierunku lekarskim lub studentem III roku studiów I stopnia kształcącym się na kierunku pielęgniarskim i w poprzednim roku akademickim zaliczył rok studiów,
   3) uzyskał wpis na kolejny rok studiów z końcem poprzedniego roku akademickiego,
   4) nie powtarza roku studiów, w którym ubiega się o przyznanie stypendium,
   5) uzyskał średnią ocen z egzaminów i zaliczeń za rok studiów poprzedzający rok złożenia wniosku nie mniejszą niż 4,0,
   6) nie korzysta z urlopów określonych w regulaminie studiów na dzień składania wniosku oraz w okresie, na który ubiega się o przyznanie stypendium lub korzysta wyłącznie z urlopu od zajęć z możliwością przystąpienia do weryfikacji uzyskanych efektów uczenia się określonych w programie studiów, udzielonego na podstawie art. 85 ust. 2 punkt 2 ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym*,
   7) zobowiąże się po zakończeniu pobierania stypendium do podjęcia zatrudnienia na stanowisku lekarz/pielęgniarka w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy ul. Mickiewicza 23, 13-100 Nidzica w ciągu 6 miesięcy od dnia uzyskania pełnego prawa wykonywania zawodu, przez okres co najmniej 2 lat.
2. Z wnioskiem o przyznanie stypendium występuje zainteresowany student.
3. Wniosek sporządzony według wzoru określonego w załączniku nr 1 do ogłoszenia o naborze wniosków wraz z załącznikami należy złożyć:

1) w formie papierowej i podpisać odręcznie lub
2) w formie elektronicznej i podpisać elektronicznie.

4. Wniosek sporządzony w formie papierowej wraz z załącznikami składa się do Starostwa Powiatowego w Nidzicy, ul. Traugutta 23, 13-100 Nidzica:
   1) osobiście w godzinach urzędowania: poniedziałek – piątek, w godz. 7.30-15.30 (o zachowaniu terminu decyduje data wpływu) lub
   2) za pośrednictwem przesyłki pocztowej (o zachowaniu terminu decyduje data stempla pocztowego).
5. Wniosek sporządzony w formie elektronicznej wraz z załącznikami składa się za pośrednictwem elektronicznej skrzynki podawczej e-PUAP na adres: /starostwo_nidzica/SkrytkaESP lub za pośrednictwem adresu eDoręczenia: AE:PL-14469-69020-CEUTV-28 – decyduje data wpływu do skrzynki elektronicznej Urzędu.
6. **Wnioski można składać w terminie od 22 maja 2025 r. do 11 czerwca 2025 r.**
7. Wnioski złożone po terminie pozostaną bez rozpoznania.
8. Do wniosku należy dołączyć:
   1) zaświadczenie z uczelni o statusie studenta,
   2) zaświadczenie z uczelni o roku studiów oraz o średniej ocen z egzaminów i zaliczeń za ostatni rok studiów przed złożeniem wniosku oraz potwierdzenie, że student nie powtarza roku studiów, na którym ubiega się o przyznanie stypendium,
   3) oświadczenie o zobowiązaniu się do podjęcia zatrudnienia – załącznik nr 1 do wniosku,
   4) oświadczenie o niekorzystaniu z urlopów – załącznik nr 2 do wniosku,
   5) oświadczenie o zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu Powiatu w Nidzicy o rozpoczęciu zatrudnienia w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy – załącznik nr 3 do wniosku,
   6) oświadczenie o zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu Powiatu w Nidzicy o odpracowaniu stypendium – załącznik nr 4 do wniosku,
   7) zgoda na przetwarzanie i publikację danych osobowych - załącznik nr 5 do wniosku.

III. Sposób rozpatrywania wniosków i warunki przyznawania stypendium:

1. Zarząd Powiatu w Nidzicy przyznaje stypendium w terminie do 60 dni liczonych od daty końcowej wskazanej w pkt. II.6.
2. Informacja o rozstrzygnięciu naboru wniosków o przyznanie stypendium wraz z listą stypendystów zostanie zamieszczona na stronie internetowej Starostwa Powiatowego w Nidzicy w terminie 7 dni roboczych od podjęcia decyzji przez Zarząd Powiatu oraz przekazana stypendystom za pośrednictwem operatora pocztowego.
3. Z osobami, którym Zarząd Powiatu w Nidzicy przyzna stypendium podpisana zostanie umowa, której wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Ogłoszenia.

IV. Utrata prawa do stypendium oraz zawieszenie wypłaty stypendium:

1. Utrata prawa do przyznanego stypendium następuje w przypadku:
   1) przyznania stypendium na podstawie niezgodnych z prawdą oświadczeń i dokumentów dołączonych do wniosku,
   2) korzystania z urlopów określonych regulaminie studiów,
   3) rezygnacji z prawa do stypendium lub rozwiązania umowy stypendialnej,
   4) utraty statusu studenta,
   5) niedotrzymania warunków umowy stypendialnej.
2. Student ma obowiązek niezwłocznego pisemnego informowania Zarządu Powiatu o każdym przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 2-5

3. Stypendium nie przysługuje, zaś jego wypłata ulega zawieszeniu od miesiąca, w którym zaistniały okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 4.
4. Po ustaniu okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 4 na wniosek Studenta może nastąpić wznowienie wypłaty stypendium od miesiąca następującego po miesiącu, w którym zakończyły się przesłanki powodujące utratę prawa do przyznanego stypendium.

V. Warunki zwrotu stypendium, warunki odstąpienia od żądania zwrotu stypendium:

1. Stypendium wraz z odsetkami liczonymi od dnia przekazania stypendium podlega zwrotowi w przypadku:
   1) podania nieprawdziwych danych we wniosku o przyznanie stypendium,
   2) skreślenia z listy studentów,
   3) niepodjęcia zatrudnienia w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy po zakończeniu kształcenia w ciągu 6 miesięcy od dnia uzyskania pełnego prawa wykonywania zawodu,
   4) ustania zatrudnienia w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy przed upływem okresu dwóch lat.
2. Wystąpienie okoliczności, o których mowa w ust. 1, stanowi podstawę do rozwiązania umowy i zwrotu przez Stypendystę całej pobranej kwoty stypendium na rachunek bankowy wskazany w umowie, w terminie:
   1) 30 dni od otrzymania wezwania do zwrotu stypendium – w przypadku okoliczności, o której mowa w ust. 1 pkt 1,
   2) 30 dni od wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 2-4.
3. W zakresie nieuregulowanym do zwrotu stypendium stosuje się odpowiednio przepisy wydane na podstawie art. 59 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530 z późn. zm.).

Załącznik nr 1
do ogłoszenia naboru wniosków
o przyznanie stypendium

WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM STUDENTOM UCZELNI WYŻSZEJ KSZTAŁCĄCYM SIĘ NA KIERUNKU LEKARSKIM LUB PIELĘGNIARSKIM

Starostwo Powiatowe w Nidzicy
ul. Traugutta 23
13-100 Nidzica

*** Formularz wniosku należy wypełnić komputerowo**

Dane osobowe Studenta.

Imię (imiona) i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ (dd/mm/rrrr).

Miejsce urodzenia:

Kraj: _____ Miejscowość: _____

PESEL lub seria i nr paszportu w przypadku braku posiadania nr PESEL: _____

Miejsce stałego miejsca zamieszkania:

Kraj: _____ Województwo: _____

Powiat: _____ Gmina: _____

Miejscowość: _____ Kod pocztowy: ___ - _____

Ulica: _____ Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____

Adres do korespondencji (podać, jeśli jest inny niż miejsce stałego zamieszkania):

Kraj: _____ Województwo: _____

Powiat: _____ Gmina: _____

Miejscowość: _____ Kod pocztowy: __ - _____

Ulica: _____ Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____

Nazwa banku i numer rachunku bankowego: _____

Dane uczelni, w której student kształci się na kierunku medycznym oraz dotyczące spełnienia innych kryteriów.

Pełna nazwa uczelni (adres uczelni, miejscowość, kod pocztowy, poczta) **oraz nazwa kierunku studiów**:

Uczelnia: _____

Kierunek studiów (lekarski/pielęgniarski): _____

Średnia ocen z egzaminów za ostatni rok akademicki poprzedzający rok złożenia wniosku (obliczana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, bez zaokrągleń): _____

Rok studiów w trakcie składania wniosku: _____

Oświadczenie:

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

1) Podane przeze mnie dane osobowe są zgodne ze stanem faktycznym.
2) Zapoznałam/em się z treścią Regulaminu przyznawania stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim oraz akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
3) Akceptuję projekt umowy o przyznanie stypendium stanowiący załącznik nr 2 do ogłoszenia o naborze wniosków o przyznanie stypendium.

_____ _____

(data) (czytelny podpis Wnioskodawcy wyrażającego zgodę)

Do wniosku należy dołączyć:

1) zaświadczenie z uczelni o statusie studenta,
2) zaświadczenie z uczelni o średniej ocen z egzaminów i zaliczeń, uzyskanej za ostatni rok akademicki poprzedzający rok złożenia wniosku oraz potwierdzenie, że student nie powtarza roku studiów, na którym ubiega się o przyznanie stypendium ,
3) oświadczenie o zobowiązaniu się do podjęcia zatrudnienia – załącznik nr 1 do wniosku,
4) oświadczenie o niekorzystaniu z urlopów – załącznik nr 2 do wniosku,
5) oświadczenie o zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu Powiatu w Nidzicy o rozpoczęciu zatrudnienia w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy – załącznik nr 3 do wniosku,
6) oświadczenie o zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu Powiatu w Nidzicy o odpracowaniu stypendium – załącznik nr 4 do wniosku,
7) zgoda na przetwarzanie i publikację danych osobowych - załącznik nr 5 do wniosku.

_____ _____

(data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

Wypełnia komisja ds. rozpatrzenia wniosków o przyznanie stypendium

Komisja proponuje przyznanie stypendium w kwocie _____**,00 zł** miesięcznie, na okres __ miesięcy.

Wniosek odrzucony z powodu:

_____

_____

_____

_____

podpis Przewodniczącego Komisji

Załącznik nr 1
do wniosku o przyznanie stypendium

_____

miejscowość, data

Imię i nazwisko: _____

Adres stałego zamieszkania: _____

Telefon kontaktowy/e-mail: _____

OŚWIADCZENIE

zawierające zobowiązanie do podjęcia zatrudnienia

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że po uzyskaniu pełnego prawa do wykonywania zawodu, w ciągu 6 miesięcy po jego uzyskaniu, podejmę zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy, w ramach stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy, na okres pracy co najmniej 2 lat.

Jednocześnie oświadczam, że znane są mi zapisy *Regulaminu przyznawania stypendium studentom kształcącym się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim,* stanowiącego załącznik do Uchwały Nr XIV/100/2025 Rady Powiatu w Nidzicy z dnia 28 marca 2025 r. *w sprawie określenia zasad przyznawania przez Powiat Nidzicki stypendium studentom uczelni wyższej kształcącym się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim* (Dz. Urz. Woj. Warm.-Maz. z 2025 r., poz. 2065) i skutki prawne wynikające z niewywiązania się z ww. zobowiązania.

_____

(data i czytelny podpis studenta)

Załącznik nr 2
do wniosku o przyznanie stypendium

_____

miejscowość, data

Imię i nazwisko: _____

Adres stałego zamieszkania: _____

Telefon kontaktowy/e-mail: _____

OŚWIADCZENIE

o niekorzystaniu z urlopów

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że na dzień składania wniosku o przyznanie stypendium nie korzystam z urlopów określonych w regulaminie studiów.

Jednocześnie oświadczam, że znane są mi zapisy *Regulaminu przyznawania stypendium studentom kształcącym się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim,* stanowiącego załącznik do Uchwały Nr XIV/100/2025 Rady Powiatu w Nidzicy z dnia 28 marca 2025 r. *w sprawie określenia zasad przyznawania przez Powiat Nidzicki stypendium studentom uczelni wyższej kształcącym się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim* (Dz. Urz. Woj. Warm.-Maz. z 2025 r., poz. 2065) i skutki prawne wynikające z niewywiązania się z ww. zobowiązania.

_____

(data i czytelny podpis studenta)

Załącznik nr 3
do wniosku o przyznanie stypendium

_____

miejscowość, data

Imię i nazwisko: _____

Adres stałego zamieszkania: _____

Telefon kontaktowy/e-mail: _____

OŚWIADCZENIE

o zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu Powiatu w Nidzicy o rozpoczęciu zatrudnienia w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy

Ja, niżej podpisana/y zobowiązuję się do poinformowania Zarządu Powiatu w Nidzicy o podjęciu zatrudnienia w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy w terminie 30 dni od dnia zatrudnienia w ww. podmiocie.

Jednocześnie oświadczam, że znane są mi zapisy *Regulaminu przyznawania stypendium studentom kształcącym się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim,* stanowiącego załącznik do Uchwały Nr XIV/100/2025 Rady Powiatu w Nidzicy z dnia 28 marca 2025 r. *w sprawie określenia zasad przyznawania przez Powiat Nidzicki stypendium studentom uczelni wyższej kształcącym się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim* (Dz. Urz. Woj. Warm.-Maz. z 2025 r., poz. 2065) i skutki prawne wynikające z niewywiązania się z ww. zobowiązania.

_____

(data i czytelny podpis studenta)

Załącznik nr 4
do wniosku o przyznanie stypendium

_____

miejscowość, data

Imię i nazwisko: _____

Adres stałego zamieszkania: _____

Telefon kontaktowy/e-mail: _____

OŚWIADCZENIE

o zobowiązaniu się do poinformowania o odpracowaniu stypendium

Ja, niżej podpisana/y zobowiązuję się do poinformowania Zarządu Powiatu w Nidzicy o odpracowaniu stypendium w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy w terminie 30 dni od dnia zakończenia odpracowania stypendium.

Jednocześnie oświadczam, że znane są mi zapisy *Regulaminu przyznawania stypendium studentom kształcącym się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim*, stanowiącego załącznik do Uchwały Nr XIV/100/2025 Rady Powiatu w Nidzicy z dnia 28 marca 2025 r. *w sprawie określenia zasad przyznawania przez Powiat Nidzicki stypendium studentom uczelni wyższej kształcącym się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim* (Dz. Urz. Woj. Warm.-Maz. z 2025 r., poz. 2065) i skutki prawne wynikające z niewywiązania się z ww. zobowiązania.

_____

(data i czytelny podpis studenta)

Załącznik nr 5
do wniosku o przyznanie stypendium

_____

miejscowość, data

ZGODA NA PUBLIKACJĘ DANYCH OSOBOWYCH*

1. **Ja niżej podpisana/y**

_____

wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w postaci mojego imienia i nazwiska, nazwy uczelni (rok studiów) oraz wizerunku przez Starostwo Powiatowe w Nidzicy, utrwalonego podczas podpisywania umowy stypendialnej - na stronie internetowej, mediach społecznościowych Powiatu Nidzickiego w celu przedstawienia informacji o przyznanych stypendiach studentom kształcącym się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim.

2. **Oświadczam, że niniejszą zgodę udzielam dobrowolnie.**
3. **Jestem świadoma/y przysługującego mi prawa do wycofania zgody, jak również faktu, że wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.**

Podstawa prawna:

1. Rozporządzenie 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) – art. 6 ust. 1 lit. A.
2. Ustawa z dnia 4 lutego 1994 r. *o prawie autorskim i prawach pokrewnych* – art. 81.
3. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny* – art. 23.

_____

(czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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, zwanych dalej RODO) informujemy, iż:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Starosta Nidzicki reprezentujący Powiat Nidzicki. Z Administratorem można skontaktować się pod nr tel. +48 89 625 98 10, poprzez adres e-mail sekretariat@powiatnidzicki.pl lub pisemnie na adres siedziby: Traugutta 23, 13-100 Nidzica.

2. Administrator Danych Osobowych powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez adres email: iod@powiatnidzicki.pl.

3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji umowy lub do podjęcia działań przed zawarciem umowy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO, natomiast na podstawie zgody opartej o art. 6 ust. 1 lit. a RODO przetwarzane będą wybrane dane osobowe (imię, nazwisko, uczelnia, rok studiów) oraz wizerunek na potrzeby promocji i przedstawienia przedsięwzięcia stypendialnego na stronie internetowej, mediach społecznościowych Powiatu Nidzickiego.

4. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach dotyczących archiwizacji.

5. Odbiorcami Pani/Pana* danych osobowych w ramach podpisanej umowy będą wyłącznie osoby lub podmioty uprawnione do uzyskania tych danych osobowych i tylko w zakresie niezbędnym do realizacji Umowy oraz zgodnie z obowiązkiem zapewnienia jawności postępowania dotyczącego programu stypendialnego. Natomiast odbiorcami wybranych dany osobowych (imię, nazwisko, uczelnia, rok studiów) oraz wizerunku na potrzeby promocji i przedstawienia przedsięwzięcia stypendialnego na stronie internetowej, mediach społecznościowych Powiatu Nidzickiego będą odbiorcy i użytkownicy tej strony internetowej i profili w mediach społecznościowych Powiatu Nidzickiego.

6. Przysługuje Pani/Panu* prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania lub ograniczenia ich przetwarzania.

7. Dane osobowe mogą być ujawniane podmiotom uprawnionym do żądania danych, co musi wynikać z obowiązujących przepisów prawa m.in. Policji, organom kontroli, bądź realizując prawo dostępu do informacji publicznej.

8. Ma Pani/Pan* prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego jakim jest Urząd Ochrony Danych Osobowych.

9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz stanowi warunek umożliwiający podpisanie i realizację niniejszej umowy lub dopuszczenie osoby do realizacji zadań określonych w Umowie.

_____

(czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)

Załącznik nr 2
do ogłoszenia naboru wniosków
o przyznanie stypendium

Umowa stypendialna nr _____
zawarta _____ 2025 r. w Nidzicy

pomiędzy Powiatem Nidzickim, z siedzibą w Nidzicy, przy ul. Romualda Traugutta 23, 13-100 Nidzica, zwanym dalej **„Fundatorem"** reprezentowanym przez **Zarząd Powiatu w Nidzicy**, w osobach:

1. _____ – _____
2. _____ – _____

przy kontrasygnacie **Skarbnika Powiatu Nidzickiego** _____

a

Panem/Panią _____, zamieszkałym/ą: _____ legitymującym/ą się dowodem osobistym nr/ PESEL: _____, zwanym/ą dalej **„Stypendystą"**.

W związku z rozstrzygnięciem przez Zarząd Powiatu w Nidzicy naboru wniosków o przyznanie stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim, na podstawie § 7 ust. 1 *Regulaminu przyznawania stypendium studentom kształcącym się na kierunku lekarskim lub pielęgniarskim*, stanowiącego Załącznik do Uchwały nr XIV/100/2025 Rady Powiatu w Nidzicy z dnia 28 marca 2025 r., strony zawierają umowę o następującej treści:

§ 1

1. Fundator zobowiązuje się do przekazania Stypendyście w okresie od _____ **2025 r. do** _____ **2025 r.**, kwoty _____ **zł** (słownie: _____ **00/100**) tytułem stypendium przyznawanego przez Powiat Nidzicki.
2. Kwota, o której mowa w ust. 1, płatna będzie w równych częściach w wysokości _____ zł (słownie: _____ 00/100) przez okres __ **miesięcy**.

§ 2

1. Miesięczne kwoty stypendium, o którym mowa w § 1 są płatne przelewem na rachunek bankowy Stypendysty o numerze: _____, którego posiadaczem jest **Pan/i** _____.

§ 3

1. Utrata prawa do przyznanego stypendium następuje w przypadku:
   1) przyznania stypendium na podstawie niezgodnych z prawdą oświadczeń i dokumentów dołączonych do wniosku,
   2) korzystania z urlopów określonych w regulaminie studiów,
   3) rezygnacji z prawa do stypendium lub rozwiązania umowy stypendialnej,
   4) utraty statusu studenta,
   5) niedotrzymania warunków umowy stypendialnej.
2. Utrata począwszy od miesiąca, w którym zaistniała okoliczność, o których mowa w ust. 1 pkt 2-5.
3. Student ma obowiązek niezwłocznego pisemnego informowania Zarządu Powiatu

o każdym przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 2-5.

4. Stypendium nie przysługuje, zaś jego wypłata ulega zawieszeniu od miesiąca, w którym zaistniały okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 4.

§ 4

1. Stypendium wraz z odsetkami liczonymi od dnia przekazania stypendium podlega zwrotowi w przypadku:
   1) podania nieprawdziwych danych we wniosku o przyznanie stypendium,
   2) skreślenia z listy studentów,
   3) niepodjęcia zatrudnienia w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy po zakończeniu kształcenia w ciągu 6 miesięcy od dnia uzyskania pełnego prawa wykonywania zawodu,
   4) ustania zatrudnienia w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy przed upływem okresu odpowiadającego okresowi pobierania stypendium, liczonego pełnymi latami.
3. Wystąpienie okoliczności, o których mowa w ust. 1, stanowi podstawę do rozwiązania umowy i zwrotu przez Stypendystę całej pobranej kwoty stypendium na rachunek bankowy wskazany w umowie, w terminie:
   1) 30 dni od otrzymania wezwania do zwrotu stypendium – w przypadku okoliczności, o której mowa w ust. 1 pkt 1;
   2) 30 dni od wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 2-4.
4. Środki finansowe podlegają zwrotowi na rachunek bankowy Starostwa Powiatowego w Nidzicy prowadzony przez **Bank Polskiej Spółdzielczości S.A. w Nidzicy** o numerze: **62 8834 0009 2001 0004 9780 0001**.

§ 5

1. Zmiana postanowień niniejszej umowy i jej rozwiązanie wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 6

1. Doręczanie pism związanych z niniejszą umową następować będzie na adres zamieszkania Stypendysty wskazany w niniejszej umowie.
2. Stypendysta zobowiązuje się niezwłocznie poinformować o każdej zmianie swojego miejsca zamieszkania lub adresu do korespondencji. W przypadku zaniechania tego obowiązku doręczenie na adres wskazany w niniejszej umowie uważa się za skutecznie dokonane.

§ 7

1. Umowa może być rozwiązana za porozumieniem stron w każdym czasie.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, Student zobowiązuje się do zwrotu kwoty odpowiadającej całości otrzymanego stypendium w terminie 30 dni od rozwiązania umowy.
3. W przypadkach uzasadnionych ważnym interesem Stypendysty lub interesem publicznym, Zarząd Powiatu może odstąpić w całości lub części od żądania zwrotu stypendium wraz z odsetkami.
4. Okoliczności, o których mowa w ust. 1, obejmują w szczególności:
   1) brak zgody Zespołu Opieki Zdrowotnej w Nidzicy na zatrudnienie Stypendysty,
   2) umotywowany wniosek Stypendysty;

3) inne okoliczności losowe niezależne od Stypendysty, uniemożliwiające realizację przez niego zaciągniętego zobowiązania, których nie można było przewidzieć w chwili podpisywania umowy stypendialnej.

§ 8

1. Stypendysta potwierdza, iż dane osobowe podane we wniosku o przyznanie stanowiące podstawę przyznania stypendium są zgodne z prawdą.
2. Administratorem danych osobowych stron jest Powiat Nidzicki, a dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. B RODO.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie, mają zastosowanie odpowiednie przepisy *Kodeksu Cywilnego*, inne przepisy powszechnie obowiązujące oraz Uchwała Nr XIV/100/2025 Rady Powiatu w Nidzicy z dnia 28 marca 2025 r. *w sprawie określenia rodzaju i maksymalnej wysokości stypendium oraz określenia szczegółowych kryteriów i sposobu przyznawania, warunków wypłacania i zwrotu stypendiów dla studentów.*

§ 10

Umowa wchodzi w życie z dniem zawarcia.

§ 11

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, w tym jeden dla Fundatora i jeden dla Stypendysty.

§ 12

Ewentualne spory mogące powstać na tle niniejszej umowy rozstrzygać będzie sąd powszechny właściwy miejscowo dla siedziby Fundatora.

STYPENDYSTA: **FUNDATOR:**

_____ **1** _____

(imię i nazwisko stypendysty)

2 _____

3 _____

** Niepotrzebne skreślić*