**ŽÁDOST O STIPENDIUM**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  |
| Datum narození: |  |
| Bydliště (přesná adresa včetně PSČ): |  |
| Název vysoké školy: |  |
| Adresa vysoké školy: |  |
| Název programu a oboru studia včetně kódů: |  |
| Ročník studia: |  |
| Požadovaná částka stipendia (80 000 Kč/akademický rok): |  |
| Účel poskytnutí stipendia: |  |
| Doba poskytnutí stipendia  (počet akademických let, na který je požadováno stipendium) |  |
| Bankovní spojení pro zasílání stipendia  (jeho uvedení je podmínkou pro poskytování stipendia)  Název banky:  Kód banky:  Číslo účtu:  (Údaje vyplňte do vedlejšího sloupce) |  |
| Odůvodnění žádosti |  |
| **Prohlášení k ochraně osobních údajů**  Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje uvedené v tomto formuláři a v přílohách k němu odevzdaných pro účely poskytování stipendia byly zpracovány při vyřizování mé žádosti a uchovány pro potřeby Kraje Vysočina v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Osobními údaji, na něž se vztahuje tento souhlas, jsou osobní údaje uvedené v této žádosti (příp. jejích přílohách), tedy zejména jméno a příjmení studenta, datum narození, adresa bydliště. Souhlas se poskytuje za účelem vyhodnocení formuláře žádosti o stipendium a rozhodování o poskytnutí stipendia, a to na dobu nezbytně nutnou k vyřízení žádosti o stipendium.  Podání žádosti o stipendium studentem se považuje za návrh na uzavření smlouvy ve smyslu § 5 odst. 2 písm. b) zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění. | |
| Podpis žadatele: |  |

Vyplní žadatel o stipendium:

Přílohy žádosti:

1. potvrzení o studiu na aktuální akademický rok, které vydá příslušná vysoká škola, ne starší 30 dnů
2. čestné prohlášení, ve kterém žadatel prohlásí vůli poskytovat lékařskou péči na území Kraje Vysočina v oboru zubní lékařství