

Załącznik nr 1 do uchwały Nr 1139/2024
Zarządu Województwa Opolskiego
z dnia 8 października 2024 r.

OGŁOSZENIE O NABORZE WNIOSKÓW O PRYZNANIE STYPENDIUM

1. Zarząd Województwa Opolskiego ogłasza nabór wniosków o przyznanie stypendium studentom kształcącym się na kierunku lekarskim w roku akademickim 2024/2025 w uczelni mającej siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Stypendium przyznawane jest na okres od 9 do 27 miesięcy, tj. na okres 9 miesięcy w każdym roku akademickim przypadającym na łączny okres przyznania stypendium (od dnia 1 października danego roku kalendarzowego do dnia 30 czerwca następnego roku kalendarzowego), nie dłużej jednak niż do dnia zakończenia studiów przez studenta.
3. Wysokość stypendium wynosi 2 000 zł brutto miesięcznie. Za 9 miesięcy – 18 000 zł brutto rocznie do maksymalnie 54 000 zł brutto (za 27 miesięcy kształcenia) i jest wypłacane na rachunek bankowy wskazany przez studenta.
4. Stypendium może być przyznane osobie, która spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) jest studentem IV, V lub VI roku kształcącym się na kierunku lekarskim,
 - b) nie powtarza roku, na który ubiega się o przyznanie stypendium,
 - c) nie korzysta z urlopów określonych w regulaminie studiów w okresie, na który ubiega się o przyznanie stypendium,
 - d) zobowiąże się do odbycia stażu i podjęcia pracy w podmiocie leczniczym na terenie województwa opolskiego, który udziela świadczeń medycznych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, na okres pracy odpowiadający okresowi pobierania stypendium, liczony pełnymi latami, po uzyskaniu pełnego prawa wykonywania zawodu, nie później niż 10 miesięcy po jego uzyskaniu,
 - e) zobowiąże się do dokonania wyboru specjalizacji lekarskiej, która jest deficytowa w podmiocie leczniczym, o którym mowa w pkt 4 lit. d, w którym podejmie zatrudnienie.
5. Stypendium przysługuje tylko w czasie trwania studiów.
6. Z wnioskiem o przyznanie stypendium występuje zainteresowany student.
7. Wniosek stanowiący załącznik nr 2 do *uchwały Nr 1139/2024 Zarządu Województwa Opolskiego z dnia 8 października 2024 r. w sprawie ogłoszenia naboru wniosków o przyznanie stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim w roku akademickim 2024/2025*, należy złożyć w Kancelarii Ogólnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego w Opolu osobiście, pocztą lub za pośrednictwem elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP w terminie od dnia ukazania się ogłoszenia do dnia 31 października 2024 r. (o terminie złożenia wniosku decyduje data jego wpływu do Kancelarii Ogólnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego w Opolu).
8. Do wniosku należy dołączyć:
 - a) zaświadczenie z uczelni o statusie studenta wraz z informacją o realizowaniu przez studenta nauki zgodnie z planem studiów, w tym korzystaniu z urlopów określonych w regulaminie studiów oraz powtarzaniu roku,

- b) zaświadczenie z uczelni o średniej ocen z egzaminów za ostatni rok akademicki poprzedzający rok złożenia wniosku,
- c) oświadczenie o odpracowaniu pobranego stypendium – załącznik nr 1 do wniosku o przyznanie stypendium;
- d) klauzulę informacyjną RODO – załącznik nr 2 do wniosku o przyznanie stypendium.

9. Wnioski o przyznanie stypendium rozpatrywane będą przez Komisję powołaną przez Zarząd Województwa Opolskiego.

10. Przy wyborze przez Komisję do rekomendacji brana będzie pod uwagę średnia ocen z egzaminów za ostatni rok akademicki poprzedzający rok złożenia wniosku. W przypadku uzyskania równej średniej ocen pierwszeństwo będą mieć wnioski złożone przez studentów, którzy w dacie rozpoczęcia studiów mieli miejsce zamieszkania na terenie województwa opolskiego.

11. Komisja, rekomendując wnioski Zarządowi Województwa Opolskiego, działa zgodnie z zasadami określonymi w *uchwale Nr XXIII/230/2020 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 27 października 2020 r. w sprawie określenia zasad przyznawania przez Województwo Opolskie stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim* (Dz. Urz. Woj. Opolskiego z 2020 r. poz. 2892 ze zm.).

12. Stypendium przyznaje Zarząd Województwa Opolskiego po zapoznaniu się z protokołem Komisji. Uchwała Zarządu Województwa Opolskiego o przyznaniu stypendium ma charakter ostateczny i nie przysługuje od niej odwołanie.

13. Informacja o przyznaniu stypendium zostanie zamieszczona w Biuletynie Informacji Publicznej Zarządu Województwa Opolskiego oraz przekazana kandydatom.

14. Udzielenie stypendium poprzedzi podpisanie umowy określającej w szczególności warunki: przyznania stypendium, zasady jego wypłaty, okoliczności powodujące wstrzymanie i wznowienie jego wypłaty oraz okoliczności powodujące rozwiązanie umowy i obowiązek zwrotu stypendium pobranego przez studenta – załącznik nr 3 do *uchwały Nr 1139/2024 Zarządu Województwa Opolskiego z dnia 8 października 2024 r. w sprawie ogłoszenia naboru wniosków o przyznanie stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim w roku akademickim 2024/2025*.

15. Student będzie zobowiązany załączyć do umowy zabezpieczenie w postaci weksla in blanco wraz z deklaracją wekslową – załącznik nr 1 i 2 do umowy o przyznanie stypendium.

16. Aktualny wykaz deficytowych specjalizacji lekarskich w podmiotach leczniczych na terenie województwa opolskiego stanowi załącznik nr 1 do ogłoszenia – wykaz corocznie aktualizowany.

17. Dodatkowe informacje można uzyskać w Departamencie Zdrowia i Polityki Społecznej pod nr telefonu: 77 444 55 00 lub 77 444 55 29.

Liczba przyznanych stypendiów uzależniona jest od środków finansowych zagwarantowanych na ten cel w budżecie Województwa Opolskiego.

Załączniki:

1. Wykaz deficytowych specjalizacji lekarskich.

Załącznik do ogłoszenia o naborze wniosków o przyznanie stypendium

WYKAZ DEFICYTOWYCH SPECJALIZACJI LEKARSKICH

Lista specjalizacji deficytowych

zadeklarowanych przez wybrane podmioty lecznicze w województwie opolskim w 2024 r.:

1. alergologia
2. anestezjologia i intensywne terapie,
3. chirurgia dziecięca,
4. chirurgia ogólna,
5. chirurgia onkologiczna
6. chirurgia stomatologiczna,
7. chirurgia twarzowo-szczękowa,
8. choroby płuc,
9. choroby wewnętrzne,
10. choroby zakaźne,
11. diabetologia,
12. endokrynologia,
13. geriatria,
14. ginekologia onkologiczna,
15. hematologia,
16. kardiochirurgia,
17. kardiologia,
18. medycyna nuklearna,
19. medycyna ratunkowa,
20. nefrologia,
21. neonatologia,
22. neurochirurgia,
23. neurologia,
24. neurologia dziecięca,
25. okulistyka,
26. onkologia kliniczna,
27. ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
28. patomorfologia,
29. pediatria,
30. perinatologia,
31. położnictwo i ginekologia,
32. psychiatria,
33. radiologia i diagnostyka obrazowa,
34. radioterapia onkologiczna,
35. rehabilitacja medyczna,
36. reumatologia,
37. stomatologia dziecięca,
38. urologia.

Lista dodatkowych specjalizacji deficytowych uznanych przez Ministerstwo Zdrowia w 2024 r.:

39. kardiologia dziecięca,
40. medycyna paliatywna,
41. medycyna rodzinna,
42. onkologia i hematologia dziecięca,
43. psychiatria dzieci i młodzieży.

Załącznik nr 2 do uchwały Nr 1139/2024
Zarządu Województwa Opolskiego
z dnia 8 października 2024 r.

– WZÓR –

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM

DLA STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO W ROKU AKADEMICKIM 2024/2025 Formularz należy wypełnić czytelnie, WIELKIMI LITERAMI	
Imię i nazwisko:	
Nazwa Uczelni:	
Rozpoczynany rok studiów (IV, V lub VI):	Średnia ocen z egzaminów za ostatni rok akademicki:
PESEL:	Telefon kontaktowy:
Adres e-mail:	
Miejsce zamieszkania (adres zamieszkania jednocześnie jest adresem, który widnieje w treści umowy o przyznanie stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim)	
ulica:	nr domu/mieszkania:
miescowość:	kod pocztowy:
poczta:	województwo:
Adres do korespondencji (jeśli inny niż miejsce zamieszkania)	
ulica:	nr domu/mieszkania:
miescowość:	kod pocztowy:
poczta:	województwo:
Miejsce zamieszkania w dacie rozpoczęcia studiów	
miescowość:	kod pocztowy:
poczta:	województwo:

Oświadczam, że:

1. powyższe dane są prawdziwe;
2. akceptuję wzór umowy o przyznanie stypendium, stanowiący załącznik nr 3 do *uchwały Nr 1139/2024 Zarządu Województwa Opolskiego z dnia 8 października 2024 r. w sprawie ogłoszenia naboru wniosków o przyznanie stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim w roku akademickim 2024/2025;*
3. znane mi są zapisy *uchwały Nr XXIII/230/2020 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 27 października 2020 r. w sprawie określenia zasad przyznawania przez Województwo Opolskie stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim* (Dz. Urz. Woj. Opolskiego z 2020 r. poz. 2892 ze zm.);
4. zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a *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)* – wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla potrzeb naboru i realizacji umowy o przyznanie stypendium;
6. w przypadku przyjętego wniosku o przyznanie stypendium wyrażam zgodę na publikację moich danych osobowych w Biuletynie Informacji Publicznej Samorządu Województwa Opolskiego.

Do wniosku załączam:

1. zaświadczenie z uczelni o statusie studenta wraz z informacją o realizowaniu przez studenta nauki zgodnie z planem studiów, w tym korzystaniu z urlopów określonych w regulaminie studiów oraz powtarzaniu roku;
2. zaświadczenie z uczelni o średniej ocen z egzaminów za ostatni rok akademicki poprzedzający rok złożenia wniosku;
3. oświadczenie o odpracowaniu pobranego stypendium – załącznik nr 1 do wniosku o przyznanie stypendium;
4. klauzulę informacyjną RODO – załącznik nr 2 do wniosku o przyznanie stypendium.

.....

miejsowość, data

.....

(podpis Studenta)

Wypełnia Komisja

ds. rozpatrzenia wniosków o przyznanie stypendium

* Komisja proponuje przyznanie stypendium:

w kwocie 2000 zł / m-c (słownie: dwa tysiące złotych 00/100)

Podpis Przewodniczącego Komisji

.....

*Wniosek odrzucono (z powodu)

.....

.....

.....

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 1 do wniosku o przyznanie stypendium

OŚWIADCZENIE

o odpracowaniu pobranego stypendium

Oświadczam, że w przypadku przyznania mi stypendium odbędę staż i podejmę pracę w podmiocie leczniczym na terenie województwa opolskiego, który udziela świadczeń medycznych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, na okres pracy odpowiadający okresowi pobierania stypendium, liczonych pełnymi latami, po uzyskaniu pełnego prawa wykonywania zawodu, nie później niż 10 miesięcy po jego uzyskaniu.

Jednocześnie oświadczam, iż dokonam wyboru specjalizacji lekarskiej, która jest deficytowa w podmiocie leczniczym, w którym podejmę zatrudnienie.

.....

miejsowość, data

.....

(podpis Studenta)

Preferowana specjalizacja lekarska*:

.....

Preferowany podmiot leczniczy*:

.....

*Informacja do celów statystycznych

Załącznik nr 2 do wniosku o przyznanie stypendium

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych jest Marszałek Województwa Opolskiego, adres:
ul. Piastowska 14, 45-082 Opole;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej:
iod@opolskie.pl;
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c RODO, art. 96 ust. 1 Ustawy o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2023 r. poz. 742 z późn. zm.);
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarię prawną, dostawcę oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164 z późn. zm.);
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany oraz profilowaniu w oparciu o Państwa dane osobowe.

Oświadczam, że zapoznałem się z informacją z art. 13 RODO

.....

data i podpis Studenta

Załącznik nr 3 do uchwały Nr 1139/2024
Zarządu Województwa Opolskiego
z dnia 8 października 2024 r.

– **W Z Ó R** –

U M O W A Nr/202...

o przyznanie stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim

zawarta w dniu w Opolu

pomiędzy

Województwem Opolskim z siedzibą organów w Opolu, ul. Piastowska 14, 45-082 Opole, zwanym dalej „**Województwem**”, reprezentowanym przez:

.....
.....

a

Panią/Panem, zam., PESEL, studentem roku kierunku lekarskiego w uczelni, zw. w dalszej części umowy „**Studentem**”.

W oparciu o postanowienia uchwały Nr XXIII/230/2020 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 27 października 2020 r. w sprawie określenia zasad przyznawania przez Województwo Opolskie stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim (Dz. Urz. Woj. Opolskiego z 2020 r. poz. 2892 ze zm.) oraz na podstawie uchwały Nr 1139/2024 Zarządu Województwa Opolskiego z dnia 8 października 2024 r. w sprawie ogłoszenia naboru wniosków o przyznanie stypendium studentom kształcącym się na kierunku lekarskim oraz na podstawie uchwały Nr Zarządu Województwa Opolskiego z dnia w sprawie przyznania przez Województwo Opolskie stypendium studentom kształcącym się na kierunku lekarskim – strony zawierają umowę o następującej treści:

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest określenie warunków przyznawania i wypłacania stypendium studentowi kształcącemu się na kierunku lekarskim.
2. Student zobowiązuje się do:
 - a) zrealizowania stażu podyplomowego na terenie województwa opolskiego,
 - b) podjęcia pracy w podmiocie leczniczym na terenie województwa opolskiego, który udziela świadczeń medycznych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, na okres pracy odpowiadający okresowi pobierania stypendium, liczony pełnymi latami, po uzyskaniu pełnego prawa wykonywania zawodu, nie później niż 10 miesięcy po jego uzyskaniu,
 - c) dokonania wyboru specjalizacji lekarskiej, która jest deficytowa w podmiocie leczniczym, o którym mowa w § 1 ust. 2 lit. b, w którym podejmie zatrudnienie.
3. Staż podyplomowy, o którym mowa w § 1 ust. 2 lit. a nie jest wliczany do okresu odpracowania stypendium.
4. Zatrudnienie, o którym mowa w § 1 ust. 2 lit. b, nastąpi w trybie rezydentury lub w trybie pozarezydenckim z zastrzeżeniem § 1 ust. 5.
5. W przypadku braku możliwości zatrudnienia Studenta w trybie rezydentury lub w trybie pozarezydenckim, dopuszcza się możliwość zatrudnienia jako lekarz na warunkach umowy o pracę.

§ 2

1. Województwo oświadcza, że Student w okresie od 1 października 2024 r. do 30 czerwca 202... r. będzie otrzymywał stypendium, łącznie miesięcy, jednak nie dłużej niż do ukończenia studiów.
2. Kwota stypendium wynosi 2000,00 zł brutto (słownie: dwa tysiące złotych 00/100) miesięcznie.
3. Stypendium będzie przekazywane do 15. dnia każdego miesiąca na rachunek bankowy Studenta wskazany w oświadczeniu stypendysty, które stanowi załącznik nr 3 do niniejszej umowy.
4. Województwo zastrzega sobie prawo przekazania pierwszej transzy stypendium w terminie do 30 dni od podpisania umowy z wyrównaniem wypłaty od dnia 1 października 2024 r.

§ 3

1. Województwo zastrzega sobie prawo do:
 - a) kontroli Studenta pod względem: zgodności danych podanych we wniosku ze stanem faktycznym, spełniania warunków, o których mowa w uchwale Nr XXIII/230/2020 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 27 października 2020 r. (Dz. Urz. Woj. Opolskiego z 2020 r. poz. 2892 ze zm.) oraz w niniejszej umowie,
 - b) żądania od Studenta przedstawiania zaświadczeń z uczelni o odbywaniu studiów.
2. W ramach zawartej umowy Województwo może występować do:
 - a) uczelni medycznej z prośbą o potwierdzenie statusu Studenta,
 - b) podmiotu leczniczego znajdującego się na terenie województwa opolskiego, w którym Student podejmie pracę celem potwierdzenia statusu pracownika przez czas pracy odpowiadający okresowi pobierania stypendium, liczony pełnymi latami.

§ 4

1. W trakcie obowiązywania umowy Student zobowiązuje się do pisemnego poinformowania Województwa w terminie 14 dni o:
 - a) zmianie adresu zamieszkania,
 - b) zmianie numeru rachunku bankowego, na który mają być przekazywane środki finansowe z tytułu realizacji niniejszej umowy,
 - c) innych zmianach mogących mieć wpływ na realizację niniejszej umowy.
2. Student zobowiązuje się do pisemnego poinformowania Województwa w terminie 30 dni o:
 - a) ukończeniu studiów i uzyskaniu dyplomu lekarza,
 - b) podjęciu stażu podyplomowego w podmiocie leczniczym na terenie województwa opolskiego,
 - c) podjęciu pracy w podmiocie leczniczym na terenie województwa opolskiego, który udziela świadczeń medycznych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia – w wymiarze pełnego etatu i jego trwaniu co najmniej przez czas odpowiadający okresowi pobierania stypendium – liczony pełnymi latami,
 - d) wyborze specjalizacji lekarskiej, która jest deficytowa w podmiocie leczniczym, o którym mowa w ust. 2 lit. c.
3. Informacje, o których mowa w ust. 1 i 2 należy złożyć w Kancelarii Ogólnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego w Opolu osobiście, pocztą tradycyjną, pocztą elektroniczną lub za pośrednictwem elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP.
4. Nieudzielenie informacji, o których mowa w ust. 2 może skutkować zwrotem wypłaconego stypendium.

§ 5

1. Student traci prawo do otrzymywania przyznanego stypendium w przypadku:
 - a) podania nieprawdziwych danych we wniosku o przyznanie stypendium,
 - b) utraty statusu studenta,

- c) rezygnacji z prawa do stypendium i rozwiązania umowy,
 - d) korzystania z urlopów określonych w regulaminie studiów.
2. Po zakończeniu urlopów, o których mowa w ust. 1 lit. d, wznawia się wypłacanie stypendium.
 3. Student ma obowiązek niezwłocznego, pisemnego poinformowania Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego w Opolu o każdym przypadku wystąpienia zdarzeń, o których mowa w ust. 1 i 2.
 4. Informację, o której mowa w ust. 3 należy złożyć w Kancelarii Ogólnej Urzędu Marszałkowskiego w Opolu osobiście, pocztą tradycyjną, pocztą elektroniczną lub za pośrednictwem elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP.
 5. Informacja, o której mowa w ust. 4 powinna zawierać:
 - a) datę sporządzenia,
 - b) imię i nazwisko Studenta,
 - c) adres zamieszkania Studenta,
 - d) nazwę uczelni,
 - e) wskazanie okoliczności powodujących wstrzymanie, wznowienie lub rozwiązanie umowy o przyznanie stypendium.
 6. Stypendium nie przysługuje od miesiąca, w którym zaistniały okoliczności, o których mowa w ust 1.
 7. Po ustaniu okoliczności wymienionych w § 5 ust. 1 lit. d, wznowienie wypłaty stypendium następuje od miesiąca następującego po miesiącu, w którym zakończyły się przestanki powodujące utratę prawa do otrzymywania stypendium.

§ 6

1. Student oświadcza, że jako zabezpieczenie wykonania umowy składa do dyspozycji Województwa weksel in blanco na łączną sumę otrzymanego stypendium, opatrzony jego podpisem jako wystawcy wraz z deklaracją wekslową, w której upoważnia Województwo do uzupełnienia weksla w każdym czasie – w przypadku niedotrzymania warunków niniejszej umowy.
2. W przypadku niedotrzymania warunków niniejszej umowy Województwo ma prawo opatrzyć złożony weksel datą płatności według swego uznania oraz uzupełnić go brakującymi elementami, w tym klauzulą „bez protestu”, zawiadamiając studenta o tym fakcie listem poleconym wysłanym pod wskazany adres przynajmniej na 7 dni przed terminem płatności weksla.
3. Student zobowiązuje się do zapłaty sumy wekslowej po otrzymaniu wezwania o zwrot należnej kwoty – w terminie do 30 dni od dnia otrzymania wezwania.

§ 7

1. Zwrot weksla in blanco następuje po spełnieniu warunków określonych w umowie lub w treści dokumentu zabezpieczenia, a w przypadku rozwiązania umowy, po zaspokojeniu wszelkich zobowiązań wobec Województwa.
2. Zabezpieczenia zostaną zwrócone Studentowi z urzędu do rąk własnych po spełnieniu warunków określonych w ust. 1.
3. Student kwituje odbiór weksla in blanco na protokole odbioru weksla in blanco. Protokół odbioru weksla in blanco pozostaje w dokumentacji Województwa.
4. W przypadku, gdy Student nie odbierze zabezpieczenia osobiście, zniszczenie weksla in blanco wraz z deklaracją wekslową następuje z urzędu. Protokół zniszczenia weksla in blanco i deklaracji wekslowej pozostaje w dokumentacji Województwa.

§ 8

1. Podanie nieprawdziwych danych we wniosku o przyznanie stypendium, utrata statusu studenta, rezygnacja z prawa do stypendium bądź niedotrzymanie warunków umowy – stanowi podstawę do rozwiązania umowy i zwrotu przez studenta całej pobranej kwoty stypendium wraz z odsetkami

liczonymi jak dla zaległości podatkowych począwszy od dnia następującego po dniu, w którym upłynął termin wskazany w wezwaniu do zwrotu środków, na rachunek bankowy Województwa Opolskiego

nr 49 1160 2202 0000 0000 6013 8467.

2. Zwrot stypendium wraz z odsetkami następuje na rachunek bankowy Województwa Opolskiego w ciągu 30 dni od dnia wystąpienia zdarzeń powodujących utratę prawa do stypendium.

§ 9

1. Umowa może być rozwiązana za porozumieniem stron w każdym czasie.

2. W przypadku rozwiązania umowy z przyczyn leżących po stronie Województwa, Student zobowiązuje się do zatrudnienia, o którym mowa w § 1 ust. 2 lit. b, na czas odpowiadający co najmniej łącznemu okresowi pobierania stypendium od Województwa, liczony pełnymi miesiącami lub zwrotu kwoty odpowiadającej całości otrzymanego stypendium bez odsetek ustawowych za opóźnienie.

§ 10

W przypadkach uzasadnionych ważnym interesem stypendysty lub interesem publicznym, Zarząd Województwa – w formie uchwały – na umotywowany wniosek stypendysty może odstąpić w całości lub w części od żądania zwrotu stypendium wraz z odsetkami.

§ 11

Student wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych w związku z przyznaniem i wypłatą stypendium.

§ 12

W ramach niniejszej umowy Student zobowiązuje się do godnego reprezentowania udzielającego stypendium oraz do zdobywania i pogłębiania wiedzy.

§ 13

Student oświadcza, że są mu znane zapisy uchwały Nr XXIII/230/2020 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 27 października 2020 r. w sprawie określenia zasad przyznawania przez Województwo Opolskie stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim (Dz. Urz. Woj. Opolskiego z 2020 r. poz. 2892 z późn. zm.).

§ 14

W Urzędzie Marszałkowskim Województwa Opolskiego została wdrożona wewnętrzna procedura dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych, zgodnie z Zarządzeniem Nr 83/2024 Marszałka Województwa Opolskiego z dnia 25 września 2024 r. Treść zarządzenia znajduje się na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Samorządu Województwa Opolskiego <https://bip.opolskie.pl/2024/09/ochrona-sygnalistow/>.

§ 15

Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 16

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają w szczególności: uchwała Nr XXIII/230/2020 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 27 października 2020 r. (Dz. Urz. Woj. Opolskiego z 2020 r. poz. 2892 ze zm.), ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny (Dz. U. z 2024 r. poz. 1061), ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270 z późn. zm.).

§ 17

Ewentualne spory mogące wynikać z realizacji niniejszej umowy rozstrzygać będzie sąd powszechny w Opolu, właściwy dla Województwa.

§ 18

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Województwo, a jeden Student.

Załączniki do umowy:

1. Weksel in blanco,
2. Deklaracja wekslowa,
3. Oświadczenie stypendysty.

WOJEWÓDZTWO

STUDENT

.....

.....

.....

Załączniki nr 1 do umowy o przyznanie stypendium

WEKSEL

..... na

.....

(miejsce i data wystawienia – miesiąc słownie)

(suma wekslowa: cyfra, waluta)

Dnia zapłacę bez protestu za ten weksel własny na zlecenie
Województwa Opolskiego z siedzibą w Opolu, ul. Piastowska 14, 45-082 Opole, NIP: 7542549660,
REGON: 531412250

sumę

(suma wekslowa i waluta słownie)

płatny w

(miejsce płatności weksła)

Imię i nazwisko wystawcy oraz PESEL

.....

(czytelny podpis wystawcy)

Załączniki nr 2 do umowy o przyznanie stypendium

Województwo Opolskie
ul. Piastowska 14
45-082 Opole

DEKLARACJA WEKSŁOWA

Jako zabezpieczenie należytego wykonania zobowiązań wynikających z umowy Nr
z dnia w załączeniu składam do dyspozycji Województwa Opolskiego
weksel in blanco, który Województwo Opolskie ma prawo wypełnić w każdym czasie do kwoty przyznanej z
tytułu stypendium powiększonej o odsetki liczone jak od zaległości podatkowych wynikającymi z realizacji
weksla oraz weksel ten opatrzyć datą płatności według swego uznania zawiadamiając mnie listem poleconym
pod niżej wskazanym adresem:

.....
.....

List ten powinien być wysłany przynajmniej na 7 dni przed terminem płatności, na wskazany powyżej adres.
Zobowiązuję się do poinformowania Województwa Opolskiego o każdej zmianie mojego adresu. Wtedy list
powinien być wysłany na wskazany przez wystawcę weksla adres. Pismo zwrócone z adnotacją „nie podjęto
w terminie”, „adresat wyprowadził się” lub tym podobne uznaje się za doręczone i nie wstrzymuje dalszych
czynności Województwa Opolskiego.

Weksel będzie płatny w (miejsce płatności)
przelewem na konto Województwa Opolskiego nr 49 1160 2202 0000 0000 6013 8467 z konta wystawcy weksla
.....,
przekazem pocztowym.

Zabezpieczenie ustanowione jest na okres od daty zawarcia umowy do 3 miesięcy po ustaniu stosunku pracy
w podmiocie leczniczym na terenie województwa opolskiego, który udziela świadczeń medycznych w ramach
kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Przyjmuję do wiadomości, że Województwo Opolskie po upływie wymaganego okresu zabezpieczenia umowy
o przyznanie stypendium zwróci mi deklarację weksłową i weksel in blanco z urzędu do rąk własnych.

W przypadku, gdy nie odbiorę zabezpieczenia osobiście w terminie do 6 miesięcy po spełnieniu warunków
określonych w umowie lub w treści zabezpieczenia, w szczególności po zaspokojeniu wszelkich zobowiązań
wobec Województwa, nastąpi zniszczenie zabezpieczenia.

.....

(data i miejsce)

.....

(czytelny podpis wystawcy weksla)

OŚWIADCZENIE STYPENDYSTY

Dane osobowe do celów podatkowych, ubezpieczeniowych i ewidencyjnych:

1. Nazwisko 2. Imiona
3. Nazwisko rodowe 4. Obywatelstwo
5. Data i miejsce urodzenia
6. NIP 7. PESEL
8. Adres zamieszkania
1) miejscowość 2) ulica, nr domu, nr lokalu
3) kod pocztowy 4) poczta 5) gmina
6) powiat 7) województwo
9. Numer telefonu 10. e-mail
11. Urząd skarbowy w ul.
12. Narodowy Fundusz Zdrowia w

13. Nr rachunku bankowego*:

14. Nazwa banku:

* W przypadku braku rachunku bankowego, proszę wskazać osobę (członka rodziny) z imienia i nazwiska oraz jej numer konta

15. Czy jest Pan/Pani zatrudniony/-a na podstawie umowy o pracę TAK/NIE*

16. Czy otrzymuje Pan/Pani wynagrodzenie ze stosunku pracy równe bądź wyższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia, tj. w roku kwota brutto TAK/NIE*

17. Czy prowadzi Pan/Pani działalność gospodarczą TAK/NIE*

Jeżeli tak to czy:

a/ opłacane są składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne TAK/NIE*
(jeżeli społeczne to wg stawki ogólnie obowiązującej czy preferencyjnej)

b/ opłacane są składki tylko na ubezpieczenie zdrowotne TAK/NIE*

18. Czy osiąga Pan/Pani przychód z tyt. umowy zlecenia TAK/NIE*

Jeżeli tak to czy:

a/ opłacane są składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne TAK/NIE*

b/ opłacane są składki tylko na ubezpieczenie zdrowotne TAK/NIE*

19. Czy otrzymuje Pan/Pani stypendium z innego źródła TAK/NIE*

.....
(proszę podać rodzaj stypendium, na jaki okres zostało przyznane i przez kogo wypłacane)

20. Czy jest Pan/Pani zarejestrowany/-a w PUP jako bezrobotny/-a TAK/NIE*

21. Czy przebywa Pan/Pani na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim/wychowawczym TAK/NIE*

22. Czy pobiera Pan/Pani rentę (np. rodzinną) TAK/NIE*

23. Czy jest Pan/Pani uczestnikiem studiów doktoranckich/podyplomowych TAK/NIE*

24. Czy jestem Pan/Pani studentem/ucznem, nr legitymacji TAK/NIE*

.....
(nazwa szkoły / uczelni)

* właściwe podkreślić

Jednocześnie oświadczam, iż o zmianach w stosunku do stanu faktycznego wynikającego z oświadczenia zawiadomię płatnika przed pierwszą wypłatą świadczenia za miesiąc, w którym zaszła zmiana. Oświadczam, że poniosę wszelkie konsekwencje finansowe wynikające z tytułu podania danych niezgodnych ze stanem faktycznym.

.....
data, czytelny podpis Stypendysty