

## OGŁOSZENIE O NABORZE WNIOSKÓW O PRYZNANIE STYPENDIUM

1. Zarząd Powiatu w Rypinie ogłasza nabór wniosków o przyznanie studentom medycyny kształcącym się w szkole wyższej na kierunku lekarskim i pielęgniarskim.
2. Stypendium przyznawane jest na okres 9 miesięcy tj. od 1 października 2021 r. do 30 czerwca 2022 r. w wysokości zgodnie z §6 załącznika do uchwały Nr XX/172/2020 Rady Powiatu w Rypinie z dnia 15 lipca 2020 r.
3. Stypendium może być przyznane osobie, która spełnia łącznie następujące warunki:
  - a) jest studentem IV, V i VI roku studiów kształcącym na kierunku lekarskim oraz III roku studiów pielęgniarskich,
  - b) zaliczenia w terminie roku studiów 2020/2021 - do 3 września 2021 r. i wpisania na kolejny rok akademicki,
  - c) nie powtarza roku, na który ubiega się o przyznanie stypendium,
  - d) nie korzysta z urlopów określonych w regulaminie studiów, z urlopu macierzyńskiego oraz rodzicielskiego,
  - e) po ukończeniu studiów do odbycia stażu i podjęcia pracy co najmniej na okres 2 lat jako lekarz lub pielęgniarka w wymiarze pełnego etatu w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rypinie, ul. 3 Maja 2, 87-500 Rypin.
  - f) zobowiązuje się do dokonania wyboru specjalizacji lekarskiej, która jest deficytowa w podmiocie leczniczym, w którym podejmuje zatrudnienie.
4. Stypendium przysługuje tylko w czasie trwania studiów.
5. Z wnioskiem o przyznanie stypendium występuje zainteresowany student.
6. **Wniosek** na druku określonym w załączniku nr 1 do ogłoszenia, należy złożyć w sekretariacie Powiatowego Centrum Obsługi Oświaty w Rypinie, ul. Warszawska 38 osobiście lub pocztą **w terminie do 10 września 2021 r.** (o terminie złożenia wniosku decyduje data wpływu do sekretariatu).
7. 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,
8. Wnioski o przyznanie stypendium rozpatrywane będą przez Komisję powołaną przez Zarząd Powiatu w Rypinie.
9. O przyznaniu stypendium decyduje Zarząd Powiatu w Rypinie, po zapoznaniu się ze stanowiskiem Komisji.
10. Informacja o przyznaniu stypendium zostanie umieszczona w Biuletynie Informacji Publicznej oraz przekazana kandydatom.
11. Udzielenie stypendium poprzedzi podpisanie umowy określającej w szczególności warunki: przyznawania stypendium, zasady jego wypłaty, okoliczności wstrzymanie i wznowienie jego wypłaty oraz okoliczności powodujące rozwiązanie umowy i obowiązek zwrotu stypendium pobranego przez studenta – załącznik nr 2 do ogłoszenia.
12. Student będzie zobowiązany załączyć do umowy zabezpieczenie w postaci weksla in blanco wraz z deklaracją wekslową.
13. Dodatkowe informację można uzyskać pod nr telefonu: 54 2803922

### Załączniki:

Wniosek o przyznanie stypendium.

Wzór umowy o przyznanie stypendium

**STAROSTA**

*mgr Jarosław Sochacki*

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO  
W ROKU AKADEMICKIM 2021/2022**

Wypełnia student														
Data i miejsce wypełnienia wniosku														
Nazwisko														
Imię (imiona)														
Imię ojca														
Imię matki														
Nazwa uczelni														
Rozpoczynany rok studiów														
Średnia ocen za ostatni rok akademicki														
PESEL												Tel.:		
Adres e-mail:														
<i>Miejsce stałego zamieszkania</i>														
ulica									nr domu/ mieszkania					
miejscowość									powiat					
kod pocztowy					-					województwo				
<i>Miejsce zamieszkania w dacie rozpoczęcia studiów</i>														
ulica									nr domu/ mieszkania					
miejscowość									powiat					
kod pocztowy					-					województwo				
<b>Oświadczam, że:</b>														
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. powyższe dane są prawdziwe,</li> <li>2. akceptuję wzór umowy o przyznanie stypendium,</li> <li>3. znane mi są zapisy uchwały Nr XX/172/2020 Rady Powiatu w Rypinie z dnia 15 lipca 2020 r. w sprawie stypendium przyznanego studentom medycyny kształcącym się w szkole wyższej na kierunku lekarskim i pielęgniarstwie,</li> <li>4. w przypadku przyznania mi stypendium zobowiązuję się do: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ po ukończeniu studiów do odbycia stażu i podjęcia pracy co najmniej na okres 2 lat jako lekarz lub pielęgniarka w wymiarze pełnego etatu w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rypinie, ul. 3 Maja 2, 87-500 Rypin.</li> <li>✓ dokonania wyboru specjalizacji lekarskiej, która jest deficytowa w podmiocie leczniczym, w którym podejmę zatrudnienie,</li> </ul> </li> <li>5. zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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) - wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla potrzeb naboru i realizacji umowy o przyznanie stypendium</li> </ol>														

**Do wniosku załączam:**

1. **zaświadczenie (oryginał)** 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. **zobowiązanie** do podjęcia zatrudnienia w publicznym podmiocie leczniczym, dla którego Powiat Rypiński jest organem tworzącym.
4. **oświadczenie** studenta, że nie pobiera stypendium z innych źródeł dla studenta medycyny kształcącym się w szkole wyższej na kierunku lekarskim i pielęgniarstwie.
5. **klauzulę informacyjną RODO** – załącznik do wniosku.

.....  
(podpis studenta)

**Wypełnia Komisja ds. rozpatrzenia wniosków  
o przyznanie stypendium**

\* Komisja proponuje przyznanie pomocy materialnej:

w kwocie / m-c

(słownie: 00/100)

Podpis Przewodniczącego Komisji

\*Wniosek odrzucono (z powodu)

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

\* niepotrzebne skreślić

**STAROSTA**  
*mgr Jarosław Sochacki*

**Umowa Trójstronna nr .....  
o przyznanie stypendium**

**zawarta w dniu ..... w Rypinie**

pomiędzy: Powiatem Rypińskim, ul. Warszawska 38, 87-500 Rypin, NIP 892-148-15-30, zwany dalej Powiatem, reprezentowanym przy podpisywaniu niniejszej umowy przez Zarząd Powiatu w Rypinie, w imieniu którego działają:

- 1) Jarosław Sochacki – Starosta Rypiński,
  - 2) Piotr Czarnecki – Wicestarosta,
- zwanym dalej „Powiatem”  
przy kontrasygnacie Skarbnika Powiatu Joanny Fabiszewskiej

a

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowej w Rypinie, ul. 3-go Maja 2, 87-500 Rypin, NIP: 892-12-96-985, zwanym dalej SPZOZ, reprezentowanym przez Panią Annę Wilkanowską – p.o. Dyrektora

a

Panią/Panem ....., zamieszkałą/ym ul. ...., PESEL.....  
Studentem ..... roku kierunku lekarskiego, uczelni .....  
zwaną/ym dalej „Studentem”

zwanymi dalej łącznie „Stronami”:

Strony na podstawie Uchwały Nr XX/172/2020 Rady Powiatu w Rypinie z dnia 15 lipca 2020 r. w sprawie stypendium przyznanego studentom medycyny kształcącym się w szkole wyższej na kierunku lekarskim i pielęgniarskim, oraz na podstawie uchwały Nr ..... Zarządu Powiatu w Rypinie z dnia ..... 2021 r. w sprawie ogłoszenia naboru wniosków o przyznanie stypendium studentom medycyny kształcącym się w szkole wyższej na kierunku lekarskim i pielęgniarskim oraz powołania komisji ds. rozpatrzenia wniosków o przyznanie stypendium - strony postanawiają zawrzeć umowę o następującej treści:

§ 1. 1. Powiat oświadcza, że student w okresie od 01.10.2021 r. do 30.06.2022 r. będzie otrzymywał stypendium dla studenta kształcącego się w szkole wyższej na kierunku lekarskim.

2. Student oświadcza, że jest studentem ..... roku kierunku .....

3. Kwota przyznanego stypendium wynosi ..... (słownie: ..... złotych) brutto miesięcznie. Wypłata stypendium nastąpi po potrąceniu należności publicznoprawnych naliczonych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

4. Stypendium będzie wypłacane w okresach miesięcznych, do końca każdego miesiąca na rachunek bankowy Studenta, tj. nazwa banku i numer konta bankowego .....

§ 2. 1. Student zobowiązuje się po ukończeniu studiów do odbycia stażu i podjęcia pracy co najmniej na okres 2 lat jako ..... w wymiarze pełnego etatu w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rypinie, ul. 3 Maja 2, 87-500 Rypin.

2. Zatrudnienie, o którym mowa w ust. 1, nastąpi w trybie rezydentury lub umowy o pracę.

3. Student zobowiązuje się do dokonania wyboru specjalizacji, która jest deficytowa w SPZOZ w Rypinie, tj. ....

*(wpisać specjalizację)*

4. Dyrektor w imieniu SPZOZ w Rypinie zobowiązuje się do zatrudnienia absolwenta na staż oraz co najmniej dwuletnią praktykę lekarską w zakresie deficytowej specjalizacji.

§ 3. W trakcie obowiązywania umowy Student zobowiązuje się do:

1. niezwłocznego przekazywania do Starostwa Powiatowego w Rypinie, ul. Warszawska 38, informacji o każdej zmianie danych teleadresowych,
- 1) przedkładania do Starostwa Powiatowego w Rypinie, ul. Warszawska 38, wydanego przez uczelnię zaświadczenia o odbywaniu studiów w terminie 14 dni od rozpoczęcia II semestru,
- 2) pisemnego informowania Starostwa Powiatowego w Rypinie, ul. Warszawska 38 o wszelkich okolicznościach mających znaczenie dla realizacji Umowy w terminie 14 dni od daty zaistnienia ww. okoliczności.

§ 4. 1. Student traci prawo do otrzymywania stypendium, a w przypadku jej otrzymania, zobowiązany jest do jej zwrotu w przypadku:

1. przyznania stypendium na podstawie niezgodnych z prawdą oświadczeń i dokumentów;
1. nieprzedłożenia zaświadczenia, o odbywaniu studiów wydanego przez uczelnię;
2. rezygnacji z prawa do stypendium lub rozwiązania umowy stypendialnej;
3. utraty statusu Studenta;
4. korzystania z urlopów określonych w regulaminie studiów oraz urlopu macierzyńskiego i rodzicielskiego;
5. niedotrzymania warunków umowy stypendialnej.

2. Po zakończeniu urlopów, o których mowa w ust. 1 pkt 5, wypłatę wznawia się na wniosek Studenta od miesiąca następującego po miesiącu, w którym ustały przesłanki powodujące utratę prawa do otrzymywania stypendium.

§ 5. 1. W przypadkach określonych w § 4 ust. 1 Powiat wstrzymuje wypłatę stypendium począwszy od miesiąca, w którym zaistniały przewidziane w nich okoliczności.

2. W przypadkach, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2 i ust. 2, wznowienie wypłaty stypendium następuje od miesiąca następującego po miesiącu, w którym ustały przesłanki powodujące utratę prawa do otrzymywania stypendium.

3. Zaistnienie przesłanek, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1-2, 4, 6, w tym niepodjęcie pracy w Zespole Opieki Zdrowotnej w Rypinie lub przerwanie zatrudnienia przed upływem okresu wskazanego w § 2 ust.1 umowy z przyczyn leżących po stronie Studenta, a także zmiana specjalizacji określonej w § 2 ust. 3 niniejszej umowy, stanowi przesłankę do rozwiązania niniejszej umowy oraz zwrotu kwoty odpowiadającej całości stypendium pobranego przez Studenta, w terminie 30 dni od wystąpienia powyższych zdarzeń, wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia przekazania środków do dnia zapłaty.

4. Środki, o których mowa w ust. 3, Student zwraca na rachunek bankowy Powiatu Rypińskiego: Bank PKO BP. nr **50 1020 1462 0000 7802 0306 5422**.

§ 6. 1. Student oświadcza, że jako zabezpieczenie wykonania umowy składa do dyspozycji Powiatu weksel in blanco na łączną sumę otrzymanego stypendium, opatrzony jego podpisem jako wystawcy wraz z deklaracją wekslową, w której upoważnia Powiat do uzupełnienia weksla w każdym czasie – w przypadku niedotrzymania warunków niniejszej umowy (załączniki nr 1 i 2).

2. W przypadku niedotrzymania warunków niniejszej umowy Powiat ma prawo opatrzeć 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 30 dni od dnia otrzymania wezwania.

§ 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 wraz z odsetkami liczonymi od dnia przekazania środków do dnia zapłaty na rachunek bankowy wskazany w § 5 ust. 4.

§ 8. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320), ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2020 r. poz. 85 ze zm.) oraz Uchwały Nr XX/172/2020 Rady Powiatu w Rypinie z dnia 15 lipca 2020 r. w sprawie stypendium przyznanego studentom medycyny kształcącym się w szkole wyższej na kierunku lekarskim i pielęgniarstwie.

§ 9. 1. Zmiany lub uzupełnienie umowy wymagają zgody obu stron wyrażonej pod rygorem nieważności w formie pisemnego aneksu.

2. Strony zobowiązują się rozstrzygać wszelkie spory wynikające z niniejszej umowy lub z nią związane polubownie, w przypadku braku możliwości polubownego rozwiązania sporu, poddają rozstrzygnięcie sądowi miejscowo właściwemu dla siedziby Powiatu.

§ 10. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....  
(Starosta Rypiński)

.....  
(Dyrektor SPZOZ w Rypinie)

.....  
(Student)

**Załączniki do umowy:**

1. Weksel.
2. Deklaracja wekslowa.

**STAROSTA**  
*mgr Jarosław Sochacki*

**WEKSEL**

..... na ..... PLN  
(miejsce i data wystawienia – miesiąc słownie) (suma wekslowa: cyfra, waluta)

dnia ..... zapłacę bez protestu za  
(data płatności-miesiąc słownie)

ten weksel własny na zlecenie Powiatu Rypińskiego z siedzibą w Rypinie, ul. Warszawska 38,  
87-500 Rypin, NIP 892-148-15-30

sumę .....  
(suma wekslowa i waluta słownie)

płatny w .....  
(miejsce płatności weksła)

Imię i nazwisko wystawcy oraz PESEL - .....

.....  
(podpisy wystawcy)

**STAROSTA**  
mgr Jarosław Sochacki

**Powiat Rypiński  
ul. Warszawska 38  
87-500 Rypin**

### DEKLARACJA WEKSŁOWA

Jako zabezpieczenie należytego wykonania zobowiązań wynikających z Umowy ..... z dnia ..... w załączeniu składam do dyspozycji Powiatu Rypińskiego weksel in blanco, który Powiat Rypiński 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 Powiat Rypiński 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 Powiatu Rypińskiego.

Weksel będzie płatny w ..... (miejsce płatności) przelewem na konto Powiatu Rypińskiego: Bank PKO BP nr **50 1020 1462 0000 7802 0306 5422** z konta wystawcy weksla: ....., przekazem pocztowym lub gotówką w kasie Starostwa Powiatowego w Rypinie.

Zabezpieczenie ustanowione jest na okres od daty zawarcia umowy do 3 miesięcy po ustaniu stosunku pracy w podmiocie leczniczym, dla którego podmiotem tworzącym jest Powiat Rypiński. Przyjmuję do wiadomości, że Powiat Rypiński po upływie wymaganego okresu zabezpieczenia umowy o przyznanie stypendium odeśle mi pod wyżej wskazany adres, listem poleconym, deklarację weksłową i weksel w formie zabezpieczonej (przez przekreślenie) przed użyciem przez osoby nieuprawnione do jego użycia. W przypadku nieodebrania przesyłki listowej z wekslem i deklaracji weksłowej wyrażam zgodę na protokolarne zniszczenie przez Powiat Rypiński dokumentów zawartych w tej przesyłce.

.....  
(data i miejsce)

.....  
(czytelny podpis wystawcy weksla)

**STAROSTA**  
*mgr Jarosław Sochacki*



## KLAUZULA INFORMACYJNA

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 zwanego dalej RODO), informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych, których sprawy są prowadzone w ramach wykonywanych obowiązków ustawowych, jest Powiat Rypiński mający swoją siedzibę w Rypinie ul. Warszawska 38 w imieniu, którego występuje Starosta Rypiński.
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: adres e-mail: [ido@powiatrypinski.pl](mailto:ido@powiatrypinski.pl).
3. Celem i podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:  
celem- jest zawarcie umowy cywilno-prawnej na realizowania zadań określonych Uchwałą Nr XX/172/2020 z dnia 15 lipca 2020 Rady Powiatu Rypińskiego,  
podstawa prawna przetwarzania danych: art. 6 ust.1 lit. b oraz art. 6 ust.1 lit.e - przetwarzanie danych jest niezbędne do wykonywania zadań realizowanych w interesie publicznym rozporządzenia RODO
4. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie przepisów prawa lub na podstawie zawartych umów powierzenia danych.
5. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich chyba, że przepisy szczególne stanowią inaczej.
6. Dane osobowe przetwarzane będą przez czas realizacji umowy, czas dochodzenia ewentualnych roszczeń oraz zgodnie z Rzeczowym Wykazem Akt obowiązującym w Starostwie.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do realizacji podanego wyżej celu. Niepodanie wymaganych danych będzie skutkować brakiem możliwości zawarcia umowy.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo:  
prawo dostępu do danych osobowych,  
prawo do ich sprostowania,  
prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO
9. Administrator nie stosuje zautomatyzowanego podejmowania decyzji oraz profilowania.
10. Osobie, której dane są przetwarzane przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Urzędu Ochrony Danych Osobowych

**STAROSTA**  
*mgr Jarosław Sochacki*