

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ STIPENDIA**  
**ZDRAVOTNICKÝ NADAČNÍ FOND KRÁLOVÉHRADECKÉHO KRAJE**

Žádám o stipendium v akademickém roce 2015/2016

**Titul:** \_\_\_\_\_

**Jméno, Příjmení:** \_\_\_\_\_

**Rodné číslo:** \_\_\_\_\_

**Číslo účtu:** \_\_\_\_\_

**Místo narození:** \_\_\_\_\_

**Adresa trvalého bydliště:** \_\_\_\_\_ **PSC:** \_\_\_\_\_

**Kontaktní adresa:<sup>1</sup>** \_\_\_\_\_ **PSC:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Univerzita/vysoká škola:** \_\_\_\_\_

**Fakulta:** \_\_\_\_\_

**Adresa fakulty:** \_\_\_\_\_ **PSC:** \_\_\_\_\_

**Studijní program:** \_\_\_\_\_ **Semestr:** \_\_\_\_\_

**Obor:** \_\_\_\_\_

**Studijní průměr za všechny studijní úseky studia:** \_\_\_\_\_

**Obor specializačního vzdělávání po ukončení studia<sup>2</sup>:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> anesteziologie a intenzivní medicína | <input type="checkbox"/> praktické lékařství pro děti a dorost | <input type="checkbox"/> radiologie a zobrazovací metody |
| <input type="checkbox"/> dětské lékařství                     | <input type="checkbox"/> psychiatrie                           | <input type="checkbox"/> vnitřní lékařství               |
| <input type="checkbox"/> neurologie                           | <input type="checkbox"/> radiační onkologie                    | <input type="checkbox"/> všeobecné praktické lékařství   |

**Přílohy:<sup>3</sup>**

**Prohlašuji, že všechny údaje mnou uváděné v této žádosti (včetně prohlášení o zařazení do jiného stipendijního programu) jsou pravdivé.**

**V** \_\_\_\_\_ **dne** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**vlastnoruční podpis**

<sup>1</sup> Vypĺňujte pouze v prípade, pokud se liší od adresy trvalého bydliště.

<sup>2</sup> Lze vybrat pouze jednu z nabízených možností.

<sup>3</sup> Viz. čl. III Směrnice o Stipendijním programu Zdravotnického nadačního fondu Královéhradeckého kraje pro akademický rok 2015 - 2016.

## SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

**Titul:** \_\_\_\_\_  
**Jméno, Příjmení:** \_\_\_\_\_  
**Rodné číslo:** \_\_\_\_\_  
**Adresa trvalého bydliště:** \_\_\_\_\_ **PSČ:** \_\_\_\_\_

V souladu s ustanovením § 5 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, uděluji Zdravotnickému nadačnímu fondu Královéhradeckého kraje (IČ 28813651), jakožto správci osobních údajů, souhlas se zpracováním osobních údajů uvedených v Žádosti o stipendium v akademickém roce 2015/2016, a to za účelem vedení evidence žadatelů o poskytnutí stipendia, kontroly použití poskytnutého stipendia, zpracování výroční zprávy Zdravotnického nadačního fondu Královéhradeckého kraje.

Souhlasím, aby mé osobní údaje potřebné pro dosažení účelu zpracování osobních údajů obsažené v Žádosti o poskytnutí stipendia, v úředních dokladech a přiložených listinách byly okopírovány, skenovány nebo jinak zaznamenávány pro potřeby a za účelem jejich zpracování.

Dále souhlasím se zveřejněním informace o mém zařazení do Stipendijního programu.

Uděluji souhlas se zpracováním osobních údajů do jeho písemného odvolání, maximálně však na dobu 10 (deseti) let.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**vlastnoruční podpis**

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

**Titul:** \_\_\_\_\_  
**Jméno, Příjmení:** \_\_\_\_\_  
**Rodné číslo:** \_\_\_\_\_  
**Adresa trvalého bydliště:** \_\_\_\_\_ **PSC:** \_\_\_\_\_

Prohlašuji, že ke dnešnímu dni **JSEM / NEJSEM**<sup>1</sup> zařazen do stipendijního programu jiného poskytovatele, nežli Zdravotnického nadačního fondu Královéhradeckého kraje.<sup>2</sup>

Název stipendijního programu:<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Poskytovatel stipendia:<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**vlastnoruční podpis**

<sup>1</sup> Nehodící se škrtněte.

<sup>2</sup> V případě kladné odpovědi uveďte název stipendijního programu, poskytovatele stipendia a k žádosti přiložte kopii Smlouvy o poskytnutí tohoto stipendia.