

**WNIOSEK O UMORZENIE KREDYTU NA STUDIA MEDYCZNE
PRZEZ MINISTRA WŁAŚCIWEGO DO SPRAW ZDROWIA**

I. DANE OSOBOWE

1. Imię (imiona) i nazwisko:
obywatelstwo:
data i miejsce urodzenia:
2. Adres do korespondencji:
ulica: nr domu: nr mieszkania:
kod pocztowy, miejscowość:
numer telefonu: adres poczty elektronicznej:

**II. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE UMOWY KREDYTU NA STUDIA
MEDYCZNE**

3. Nazwa i adres banku, który udzielił kredytu na studia medyczne:
nazwa: oddział:
ulica:
kod pocztowy, miejscowość:
4. Numer umowy kredytu:
data zawarcia umowy kredytu:
5. Liczba semestrów sfinansowanych z kredytu na studia medyczne w okresie odbywania studiów
na kierunku lekarskim:

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA

6. Ukończony kierunek studiów:
data ukończenia studiów:
7. Okres odbywania szkolenia specjalizacyjnego: od: do:
albo obecny etap (rok) aktualnie odbywanego szkolenia specjalizacyjnego¹⁾:
8. Nazwa dziedziny szkolenia specjalizacyjnego:
.....
9. Data uzyskania tytułu specjalisty²⁾:

¹⁾ Według stanu na dzień złożenia wniosku.

²⁾ W dziedzinie medycyny uznanej za priorytetową w dniu rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 16g ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790, z późn. zm.) – wskazać, jeżeli dotyczy.

IV. TREŚĆ ŻĄDANIA

10. Wnoszę o umorzenie kredytu na studia medyczne na podstawie (należy wskazać podstawę ubiegania się o umorzenie kredytu na studia medyczne przez jej podkreślenie):
- 1) art. 103d ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2022 r. poz. 574, 583 i 655), zwanej dalej „ustawą”, w związku ze spełnieniem łącznie dwóch następujących warunków:
 - a) wykonywaniem zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w ramach praktyki zawodowej lub w podmiocie leczniczym udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przez 10 lat w okresie 12 kolejnych lat liczonych od dnia ukończenia studiów, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu oraz
 - b) w okresie, o którym mowa w lit. a, uzyskaniem tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny uznanej za priorytetową w dniu rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego, w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 16g ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
 - 2) art. 103d ust. 2 pkt 1 ustawy w związku:
 - a) ze szczególnie trudną sytuacją życiową lub
 - b) z kontynuowaniem szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w pkt 1 lit. b, ale w okresie, o którym mowa w pkt 1 lit. a – nieukończeniem tego szkolenia lub nieuzyskaniem tytułu specjalisty z przyczyn ode mnie niezależnych;
 - 3) art. 103d ust. 2 pkt 2 lit. a ustawy w związku z trwałą utratą zdolności do spłaty zobowiązań;
 - 4) art. 103d ust. 3 ustawy w związku z:
 - a) wykonywaniem zawodu lekarza na zasadach określonych w pkt 1 lit. a w okresie, który wynosi co najmniej:
 - 5 lat, w okresie 7 kolejnych lat liczonych od dnia ukończenia studiów, oraz ukończeniem 2. roku szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w pkt 1 lit. b,
 - 6 lat, w okresie 8 kolejnych lat liczonych od dnia ukończenia studiów, oraz ukończeniem 2. roku szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w pkt 1 lit. b,
 - 7 lat, w okresie 9 kolejnych lat liczonych od dnia ukończenia studiów, oraz ukończeniem 3. roku szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w pkt 1 lit. b,
 - 8 lat, w okresie 10 kolejnych lat liczonych od dnia ukończenia studiów, oraz ukończeniem 4. roku szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w pkt 1 lit. b,
 - 9 lat, w okresie kolejnych 11 lat liczonych od dnia ukończenia studiów, oraz ukończeniem 4. roku szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w pkt 1 lit. b, oraz
 - b) kontynuowaniem szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w pkt 1 lit. b, na kolejnym roku albo ukończeniem tego szkolenia.

V. INFORMACJE DOTYCZĄCE MIEJSCA LUB MIEJSC I OKRESU WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA

11. Miejsce lub miejsca oraz okres wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w ramach praktyki zawodowej lub w podmiocie leczniczym udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, począwszy od dnia ukończenia studiów, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu (należy wskazać nazwę podmiotu leczniczego oraz okres zatrudnienia: od–do):

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)

12. Łączny okres wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach określonych w art. 103d ust. 1 pkt 1 ustawy:

VI. DOKUMENTY DOŁĄCZANE DO WNIOSKU (zaznaczyć odpowiednie pole znakiem X)

Dokumenty wymienione w pkt od 7 do 17 należy dołączyć do wniosku wyłącznie w sytuacji wnioskowania o umorzenie kredytu z uwagi na szczególnie trudną sytuację życiową lub trwałą utratę zdolności do spłaty zobowiązań.

1. Umowa kredytu na studia medyczne	
2. Harmonogram spłaty kredytu na studia medyczne	
3. Dyplom ukończenia studiów	
4. Dyplom poświadczający uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie uznanej za priorytetową (jeżeli dotyczy)	
5. Dokument poświadczający etap (rok) odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie uznanej za priorytetową (jeżeli dotyczy)	
6. Dokumenty poświadczające miejsce lub miejsca oraz okres wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach określonych w art. 103d ust. 1 pkt 1 ustawy	
7. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności kredytobiorcy ³⁾ : stopień znaczny <input type="checkbox"/> stopień umiarkowany <input type="checkbox"/> stopień lekki <input type="checkbox"/>	
8. Orzeczenie o niezdolności do pracy kredytobiorcy: całkowitej <input type="checkbox"/> częściowej <input type="checkbox"/> trwałej <input type="checkbox"/> czasowej <input type="checkbox"/>	
9. Zaświadczenie z właściwego urzędu pracy potwierdzające status bezrobotnego (kredytobiorcy): z prawem do zasiłku dla bezrobotnych <input type="checkbox"/> bez prawa do zasiłku dla bezrobotnych <input type="checkbox"/>	
10. Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej potwierdzające spełnienie kryteriów uzasadniających przyznanie kredytobiorcy świadczeń z pomocy społecznej	

³⁾ Zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573, z późn. zm.).

11. Dokumenty (np. decyzje, zaświadczenia) z ośrodka pomocy społecznej dotyczące przyznania aktualnie otrzymywanego świadczenia na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), w tym świadczeń pieniężnych (np. zasiłki stałe, zasiłki okresowe, zasiłki celowe i inne) i świadczeń niepieniężnych (np. praca socjalna, bilet kredytowany, składki na ubezpieczenie zdrowotne)	
12. Dokumenty potwierdzające wysokość dochodów uzyskanych przez kredytobiorcę z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku	
13. Dokumenty potwierdzające uzyskiwanie przez kredytobiorcę innych dochodów (np. z tytułu alimentów, świadczeń z funduszu alimentacyjnego, stypendiów, staży zawodowych, świadczeń rodzinnych i innych)	
14. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające aktualny stan zdrowia kredytobiorcy (w przypadku wystąpienia zdarzenia losowego w postaci choroby lub niepełnosprawności)	
15. Dokumenty potwierdzające koszty leczenia i rehabilitacji ponoszone przez kredytobiorcę	
16. Dokumenty potwierdzające wystąpienie szkody spowodowanej przez pożar, klęskę żywiołową lub inną katastrofę	
17. Inne dokumenty potwierdzające szczególnie trudną sytuację życiową lub trwałą utratę zdolności do spłaty zobowiązań (wskazać jakie):	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

* Uwaga :

Wszystkie dokumenty stanowiące załączniki do wniosku należy złożyć w oryginale lub zamiast oryginału dokumentu wnioskodawca może złożyć odpis dokumentu, jeżeli jego zgodność z oryginałem została poświadczona przez notariusza albo przez występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym lub doradcą podatkowym.

VII. UZASADNIENIE WNIOSKU (np. opis szczególnie trudnej sytuacji życiowej)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis kredytobiorcy)