WNIOSEK O UDZIAŁ W LEKTORACIE JĘZYKA POLSKIEGO DLA OSÓB GŁUCHYCH I SŁABOSŁYSZĄCYCH

I. Dane osobowe studenta

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………….

Tel.: …………………………………………..………………………… e-mail: …………………….……………………….………….………………………………

Nr albumu: ……….…….……………… Rok studiów: …………………………

Wydział …………………………………………………………………………..……………………………………….………………………………………………….

Kierunek studiów: …………………………………………………………………………………………………………….………………………………………….

Rodzaj studiów:

stacjonarne/niestacjonarne, I stopnia, II stopnia, jednolite magisterskie

**II. Stopień i rodzaj niepełnosprawności oraz krótki opis niepełnosprawności:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………….

**III. Znajomość języka migowego:**

□ PJM □ SJM □ brak znajomości języka migowego

**IV. Znajomość języka polskiego w czytaniu i w piśmie**

□ dobry/a w czytaniu □ słabo w czytaniu □ dobry/a w piśmie □ słabo w piśmie

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (data i podpis wnioskodawcy)

 (data przyjęcia wniosku i podpis pracownika)

**Oświadczam, że**:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach statutowych UWM przez Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em pouczona/y o:

- adresie siedziby i pełnej nazwie administratora danych osobowych,

- celu zbierania danych,

- prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,

- dobrowolności podania danych osobowych.

1. Zapoznałam/em się z Zasadami udzielania wsparcia asystenta studentom z niepełnosprawnościami Uniwersytetu Warmińsko Mazurskiego w Olsztynie.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(miejscowość/ data/ czytelny podpis )