WNIOSEK O PRZYZNANIE WSPARCIA

**(szybkiego pisania na klawiaturze podczas zajęć dydaktycznych - transkrypcja)**

I. Dane osobowe studenta

* Imię i nazwisko:
* PESEL: miejsce urodzenia:
* Adres do korespondencji:
* Telefon:
* e-mail:
* Nr albumu:
* Wydział i Kierunek studiów:
* Rodzaj studiów (stacjonarne, niestacjonarne):

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

**(Opisać)**

**III.** Wskazanie problemów w procesie kształcenia:

**IV.** Okres wnioskowania o usługę:

Od do

**V.** Zakres wsparcia:

**VI.** Wnioskowana liczba godzin wsparcia:

 godzin/msc

**Załącznik: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności**

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

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (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 przyznawania wsparcia stenotypisty w ramach wsparcia dydaktycznego studentów głuchych i słabosłyszących UWM w Olsztynie.

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

(miejscowość/ data/ czytelny podpis wnioskodawcy)

# Wypełnia Uniwersytecki Centrum Wsparcia

Biuro ds. Osób Niepełnosprawnościami Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

 przyznaje wsparcie szybkiego pisania na klawiaturze podczas zajęć dydaktycznych

  nie przyznaje wsparcia szybkiego pisania na klawiaturze podczas zajęć dydaktycznych

Przyznane wsparcie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

w ilości ……….godzin/msc. na okres …………………………………… (od ………………………………… do ……………………………………).

**Uzasadnienie:** .....………………………………………………………….………………………………………………………..………………………..…………………………………

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

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

 (data i podpis pracownika BON)

 **Zatwierdzam**

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

 (data, podpis i pieczęć Kierownika BON)