Wzór nr 1

do Zasad wsparcia asystenta

studenta z niepełnosprawnością

w UWM w Olsztynie

WNIOSEK O PRZYZNANIE WSPARCIA   
ASYSTENT DYDAKTYCZNY STUDENTA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

I. Dane osobowe studenta

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

PESEL: …………………………………..………………………………… miejsce urodzenia: …………………………………………………………………

Adres do korespondencji ………………………………………………………………………………….…..……………………………………………………………………………………………..

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

Numer albumu: ……….…….……………… Rok studiów: I II III IV V

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

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

Rodzaj studiów:

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

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

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

**III. Wskazanie problemów w procesie kształcenia w powiązaniu ze stanem zdrowia:**

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

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

**IV. Okres wnioskowania o usługę**:

Od …………………………..………………….………… do ……………….…………………………………………….

**V. Oczekiwana pomoc od asystenta (zakres wsparcia):**

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… **VI. Wnioskowana liczba godzin wsparcia: ………… …………….. h / miesiąc**

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

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

(data przyjęcia wniosku i podpis pracownika)

**Oświadczam, że**:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych przez Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie z siedzibą przy ul. Michała Oczapowskiego 2, 10-719 Olsztyn w celu umożliwienia świadczenia mi usługi przyznania asystenta dydaktycznego studenta z niepełnosprawnością.
2. Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez dostarczenie formularza cofnięcia zgody Inspektorowi Ochrony Danych UWM, który można pobrać ze strony:  
   www.uwm.edu.pl/daneosobowe. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Twojej zgody przed jej wycofaniem.
3. Zawarte w kwestionariuszu informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Zapoznałem/am się z Zasadami udzielania wsparcia asystenta studentom z niepełnosprawnościami UWM   
   w Olsztynie i akceptuję jego warunki.

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

(data/ czytelny podpis )

↓ (Wypełnia Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych) ↓

**OPINIA BIURA DS. OSÓB z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI:**

W dniu ……………………… Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami przyznaje wsparcie/nie przyznaje wsparcia studentce/owi ……………………………………………………………………………………. nr albumu ……………………………. kierunek studiów ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wymiar przyznanego wsparcia: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… na okres ………………………………………………………………… (od ……………………………………… do ……………….………………………).

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

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

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

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

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

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

(podpis kierownika BON lub pracownika BON)