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**:

 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 usługi transportowej.
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 oraz że, zapoznałem/am się
 z regulaminem korzystania z bezpłatnego transportu i akceptuję jego warunki.
4. Zapoznałam/em się z Zasadami przyznawania usługi transportowej w ramach wsparcia studentów
 z niepełnosprawnościami Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.

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

(data/ czytelny podpis )

↓ (Wypełnia Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych) ↓

**OPINIA BIURA DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH:**

W dniu ……………………… Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych 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)