Załącznik

do Zasad przyznawania wsparcia tłumacza języka migowego

w ramach wsparcia dydaktycznego studentów

głuchych i słabosłyszących UWM w Olsztynie

WNIOSEK O PRZYZNANIE WSPARCIA
Tłumacza języka migowego

I. Dane osobowe studenta

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

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

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

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

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

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

Rodzaj studiów:

Stacjonarne  Niestacjonarne

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

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

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

**III. Znajomość języka migowego:**

 PJM  SJM  brak znajomości języka migowego

**IV. Wskazanie problemów w procesie kształcenia w powiązaniu z posiadaną wadą słuchu:**

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

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

**V. Okres wnioskowania o usługę**:

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

**VI. Zakres wsparcia tłumacza języka migowego:**

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

**VII. Wnioskowana liczba godzin wsparcia tłumacza: ………………… 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 tłumacza języka migowego w ramach wsparcia dydaktycznego studentów głuchych i słabosłyszących UWM w Olsztynie.

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

(miejscowość/ data/ czytelny podpis wnioskodawcy)

**(Wypełnia Uniwersytecki Centrum Wsparcia)**

Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

 przyznaje wsparcie TJM

  nie przyznaje wsparcia TJM wnioskującemu/cej.

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

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

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

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

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

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

 (data i podpis pracownika BON)

 **Zatwierdzam**

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

 (data, podpis i pieczęć Kierownika BON)