# Kwestionariusz dla studenta z niepełnosprawnością (usługa transportu zajęcia dydaktyczne)

## Dane studenta

1. **Imię i nazwisko:**
2. **Numer albumu:**
3. **Adres do korespondencji:**
4. **Telefon:**
5. **Adres e-mail (w domenie @student.uwm.edu.pl):**
6. **Wydział:**
7. **Kierunek:**
8. **Rok studiów:**
9. **Forma studiów:**
	1. stacjonarne
	2. niestacjonarne
10. **Rodzaj studiów:**
	1. I stopnia
	2. II stopnia
	3. III stopnia
	4. jednolite magisterskie
11. **Orzeczony stopień niepełnosprawności:**
	1. znaczny
	2. umiarkowany
	3. lekki
12. **Rodzaj niepełnosprawności (symbol):**

## Informacje dot. zapewnienia transportu na zajęcia dydaktyczne

1. Przy poruszaniu się korzystam z:
	1. wózek inwalidzki
	2. kule
	3. balkonik
	4. laska
	5. pomoc osoby towarzyszącej
	6. inne (jakie)?
2. Rodzaj posiadanego wózka (dot. osób poruszających się na wózku inwalidzkim)
	1. wózek ręczny
	2. wózek elektryczny
	3. wózek specjalistyczny z punktu widzenia przewożenia i noszenia
3. **Inne istotne uwagi dot. korzystania z usługi transportowej:**

## Oświadczenie

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. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Zasadami przyznawania usługi transportowej w ramach wsparcia studentów z niepełnosprawnościami Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Data, czytelny podpis studenta)

## Dołączona dokumentacja (wypełnia pracownik Biura ds. Osób z Niepełnosprawnościami)

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
2. Plan zajęć

## Opinia pracownika Biura ds. Osób z Niepełnosprawnościami

W dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami przyznaje wsparcie / nie przyznaje wsparcia\* usługi transportowej studentce / owi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr albumu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kierunek studiów \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
\* Niepotrzebne skreślić

**Wymiar przyznanego wsparcia**

Rok akademicki: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Uzasadnienie:**
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Data, czytelny podpis Kierownika UCW lub pracownika BON)