Olsztyn, dnia

 **Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami**

 Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE SPECJALISTYCZNEGO SPRZĘTU

* **Imię i nazwisko:**
* **Numer Pesel:**
* **Numer Albumu:**
* **Telefon/email:**

## Zwracam się z uprzejmą prośbą o wypożyczenie (*rodzaj sprzętu*):

1. ………………………………………………………..……, na okres………………………………………………………………
2. ………………………………………………………..……,na okres …….…………………………………………………………
3. …………………………………………………………..…,na okres ……………………………………………………………

Uzasadnienie wniosku: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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 celach statutowych.
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*](http://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. Zapoznałam/em się z warunkami wypożyczenia specjalistycznego sprzętu przez Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie.

#  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#  *(miejscowość/ data/ czytelny podpis studenta)*

# Wypełnia Biuro ds. OSÓB z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI:

Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami wypożycza specjalistyczny sprzęt (nazwa i nr ewid.),:
1.……………………………………………………………………,na okres…..………………………………………….…………,
2.…………………………………………………………………, na okres ………………..…………………………………………,
3.…………………………………………………………….…, na okres ………………………………………..……………………

**\*** Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami nie wypożycza specjalistycznego sprzętu, wymienionego w niniejszym wniosku.

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

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

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

*(podpis pracownika BON)*