Imię i nazwisko ……………………………………………… Gdańsk, dnia ……………………..

Wydział………………………………………………………….

Kierunek………………………………………………………...

Tryb i rok studiów….……………………………………….

Nr albumu………………………………………………………

Nr telefonu……………………………………………………..

E-mail…………………………………………………………….

Prorektor ds. Studentów i Jakości Kształcenia

Dr hab. Arnold Kłonczyński, prof. UG

**WNIOSEK**

**o przyznanie asystenta dydaktycznego dla studenta/doktoranta z niepełnosprawnością**

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi usługi asystenta dydaktycznego studenta/ doktoranta z niepełnosprawnością na okres roku akademickiego …………….………………….

**Część I – Wypełnia wnioskodawca**

1. **Uzasadnienie wniosku** (proszę opisać, dlaczego asystent dydaktyczny jest Pani/Panu niezbędny i jakie usługi/zadania miałby wykonywać)**:**

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

1. **Proponowana liczba godzin pracy asystenta w miesiącu** (proszę oszacować na podstawie własnych potrzeb i przewidywanych zadań; maksymalna liczba godzin nie może przekroczyć liczby godzin wynikających z planu zajęć + 10%)

LICZBA GODZIN: ……… / 1 MIESIĄC

1. **Czy wskazuje Pani/Pan kandydata na asystenta** (preferowanym jest, by asystent był studentem/ doktorantem UG)

TAK [ ] NIE [ ]

1. **Uwagi**

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

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w niniejszym wniosku oraz załączonych do niego dokumentach, przez Uniwersytet Gdański z siedzibą w Gdańsku (80-309) przy ul. Bażyńskiego 8, do celów związanych z przyznaniem, a następnie korzystaniem z usługi asystenta dydaktycznego będącej jedną z form wsparcia skierowaną dla studentów oraz doktorantów z niepełnosprawnością.**

**Oświadczam, iż zostałem poinformowany o możliwości wycofania zgody w dowolnym momencie oraz, że jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.**

……………………………………
podpis wnioskodawcy

**Załączniki:**

1. Kserokopia orzeczenia lub zaświadczenia o niepełnosprawności
2. Plan zajęć

**Część II – Wypełnia Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnością Uniwersytetu Gdańskiego**

1. Wnioskodawca posiada status studenta UG TAK/NIE
2. Wnioskodawca posiada ważne orzeczenie o niepełnosprawności. TAK/NIE
3. Uzasadnienie wniosku spełnia kryteria przyznania asystenta TAK/NIE

Uwagi:

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

1. Proponowana liczba godzin pracy asystenta jest uzasadniona rzeczywistymi potrzebami studenta TAK/NIE

Korekta liczby godzin:

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

1. Została zaproponowana konkretna osoba asystenta z UG TAK/NIE
2. Uwagi

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

**OPINIA**

Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnością UG opiniuje przedstawiony wniosek pozytywnie/negatywnie i rekomenduje przyznanie/odmowę przyznania usługi asystenta dydaktycznego Pani/Panu………………………………………………………………………………………………………...
na okres roku akademickiego ………………………………

Sugerowany wymiar wsparcia w semestrze zimowym: ………….. godz./m-c

Wymiar wsparcia w semestrze letnim zostanie określony na podstawie przedłożonego planu zajęć i potrzeb Studenta

………………………………………….
data i podpis pracownika BON

**Część III – Decyzja Prorektora ds. Studenckich Uniwersytetu Gdańskiego**

**DECYZJA**

Niniejszym przyznaję / odmawiam przyznania Pani/Panu usługi asystenta osoby
z niepełnosprawnością zgodnie z wnioskiem i opinią BON UG.

………….…………………………………………………
data i podpis Prorektora ds. Studenckich

Od powyższej decyzji przysługuje odwołanie w terminie 14 dni od daty jej wydania.