Gdańsk, dnia:………………………………………………

Imię i nazwisko ………………………………………………

Wydział………………………………………………………….

Kierunek………………………………………………………...

Tryb, stopień i rok studiów….………………………….

Nr albumu………………………………………………………

Nr telefonu……………………………………………………..

E-mail…………………………………………………………….

**Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnością
Uniwersytet Gdański
ul. Bażyńskiego 1a, p.118
80-309 Gdańsk**

## Wniosek o przyznanie wsparcia dla studenta/doktoranta/słuchacza studiów podyplomowych z niepełnosprawnością

Proszę o objęcie mnie wsparciem przez Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnością.

Jestem zainteresowana/zainteresowany następującą formą/formami wsparcia:

|  |  |
| --- | --- |
| Adaptacja materiałów dydaktycznych (dla osób z niepełnosprawnością wzroku, lub innymi niepełnosprawnościami w uzasadnionych przypadkach) |  |
| Wypożyczenie sprzętu lub oprogramowania specjalistycznego (dla osób z niepełnosprawnością wzroku, słuchu lub ruchu) |  |
| Szkolenia |  |
| Wsparcie Asystenta Dydaktycznego |  |
| Wsparcie Asystenta Bibliotecznego w BUG |  |
| Wsparcie Asystenta Informatycznego w BUG |  |
| Wsparcie psychologa |  |
| Dodatkowy Lektorat Językowy dla studentów/doktorantów z niepełnosprawnością wzroku, słuchu lub zaburzeniami funkcji poznawczych |  |
| Adaptację Procesu Kształcenia |  |
| Inne (jakie?): |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Podpis** |  |

**Część II - Wypełnia Biuro ds. osób z Niepełnosprawnością, na podstawie wywiadu ze studentem/doktorantem**

**Informacje o niepełnosprawności**

Symbol lub opis przyczyny niepełnosprawności:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 01 – U |  | 04 – O |  | 07 – S  |  | 10 – N |  |
| 02 – P |  | 05 – R |  | 08 – T  |  | 11 – I |  |
| 03 – L |  | 06 – E |  | 09 – M  |  | 12 – C  |  |

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

Stopień niepełnosprawności:

|  |  |
| --- | --- |
| lekki |  |
| umiarkowany |  |
| znaczny |  |

Dokument potwierdzający niepełnosprawność:..…………………..…………………………………………………………………………………….

Nr dokumentu………………………………………………………………Data ważności.……………………………………………………………….……..

**Informacje o toku studiów**

Kierunek………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………

Rodzaj i tryb studiów:

|  |  |
| --- | --- |
| licencjackie |  |
| magisterskie |  |
| doktoranckie |  |
| podyplomowe |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Stacjonarne |  |
| Niestacjonarne |  |

Uwagi:

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

**Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnością przyznaje/nie przyznaje wsparcie w następującym zakresie:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Podpis pracownika BON |

**Zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. zwanym dalej RODO informujemy, iż:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Gdański z siedzibą w (80-309) Gdańsku przy ul. Jana Bażyńskiego 8.
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu (58) 523 24 59 lub adresem e-mail: poin@ug.edu.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udzielania i realizacji wybranej przez Panią/Pana formy wsparcia skierowanej dla studentów/doktorantów z niepełnosprawnością, a także w przypadku, gdy wyrazi Pani/Pan dodatkową zgodę – również w celu przesyłania informacji o ofercie Biura ds. Osób Niepełnosprawnych.
4. Podstawą prawną do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 9 ust. 2 lit. A – zgoda osoby, której dane dotyczą.
5. Podanie przez Panią/ Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak warunkuje możliwość przyznania i korzystania z wybranej formy wsparcia.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w imieniu administratora danych przez upoważnionych pracowników wyłącznie w celach, o których mowa w pkt 3.
7. Pani/ Pana dane osobowe będą przechowywane w okresie 5 lat po zaprzestaniu korzystania z usług wsparcia.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa.
9. Na zasadach określonych przepisami RODO przysługuje Pani/Panu:
10. prawo dostępu do treści swoich danych;
11. prawo do ich sprostowania, gdy są niezgodne ze stanem rzeczywistym;
12. prawo do ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także przenoszenia danych – w przypadkach przewidzianych prawem;
13. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
14. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.
15. prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

**[[1]](#footnote-1)Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w niniejszym wniosku, przez Uniwersytet Gdański z siedzibą w Gdańsku (80-309) przy ul. Bażyńskiego 8, w celu udzielania i realizacji wybranej przeze mnie formy wsparcia skierowanej dla studentów i doktorantów z niepełnosprawnością.**

|  |  |
| --- | --- |
| podpis1 |  |

[[2]](#footnote-2)**Ponadto wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o ofercie Biura ds. Osób z Niepełnosprawnością, w tym za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej zgodnie z ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż wyrażenie niniejszej zgody jest dobrowolne i w żaden sposób nie warunkuje możliwości skorzystania z wybranej przeze mnie formy wsparcia skierowanej dla studentów/doktorantów z niepełnosprawnością.**

|  |  |
| --- | --- |
| podpis2 |  |

2**Oświadczam, że zdigitalizowane materiały, przekazane mi przez Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnością UG, stanowią adaptację materiałów opublikowanych wcześniej drukiem, dostosowaną do mojej niepełnosprawności i zobowiązuję się do nieprzekazywania ich kopii osobom trzecim.**

|  |  |
| --- | --- |
| podpis2 |  |

1. pole obowiązkowe [↑](#footnote-ref-1)
2. pola opcjonalne [↑](#footnote-ref-2)