Gdańsk, dnia­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr telefonu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail (w domenie UG) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnością**

**Uniwersytet Gdański ul. Bażyńskiego 1a, 80-309 Gdańsk**

**Wniosek o przyznanie usługi transportowej**

Wniosek przeznaczony jest dla studentów, doktorantów z niepełnosprawnością ruchową, ubiegających się o korzystanie z usług transportowych finansowane przez Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnością Uniwersytetu Gdańskiego.

1. Dane osobowe studenta/doktoranta (pola oznaczone \* są obowiązkowe):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adres zamieszkania (adres domowy, z którego będzie realizowany transport) \* |  | | |
| Adres korespondencyjny |  | | |
| Waga osoby wnioskującej o usługę |  | | |
| Stopień niepełnosprawności\* | lekki | umiarkowany | znaczny |
| Symbol niepełnosprawności\* |  | | |
| Nazwa Wydziału/Jednostki \* |  | | |
| Adres lokalizacji, w której najczęściej odbywają się zajęcia dydaktyczne\* |  | | |
| Kierunek studiów \* |  | | |
| Rodzaj studiów \* |  | | |
| Rok i semestr studiów \* |  | | |

1. Ubiegam się o możliwość korzystania z Usługi transportowej finansowanej przez Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Gdańskiego (właściwe oznaczyć „X”):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Ubiegam się o wsparcie\* | Oznacz właściwe znakiem X |
| po raz pierwszy |  |
| po raz kolejny |  |
| 2. | Okres, w jakim potrzebować będę wsparcia\* | |
|  | rok akademicki | |
| Semestr | |
| 3. | W których, spośród wymienionych niżej czynności potrzebuje Pani/Pan pomocy osób trzecich? \* | |
|  | Siadanie na wózek |  |
| Przemieszczanie się wózkiem po mieszkaniu/uczelni |  |
| Przemieszczenia się z domu, na zewnątrz (przed dom, by oczekiwać na transport) |  |
| Obsługi windy |  |
| Przemieszczania się po nierównej nawierzchni (krzywy chodnik, nachylenie terenu, podjazd pod niskie krawężniki) |  |
| 4. | Rodzaj posiadanego wózka\* |  |
|  | Wózek ręczny |  |
| Wózek elektryczny |  |
| Inne, szczególne cechy wózka |  |
| Jakie? (opisz) |  |
| 5. | Potrzebuję pomocy osoby trzeciej (poza kierowcą w czasie przejazdu) \* |  |
|  | Nie |  |
| Tak |  |
| Jeżeli tak, to z jakiego powodu? |  |
| 6. | Jestem w stanie samodzielnie korzystać z niskopodłogowych pojazdów komunikacji miejskiej \* |  |
|  | Tak |  |
| W ograniczonym stopniu |  |
| Nie |  |

**PLAN ZAJĘĆ:**

**Poniżej proszę uzupełnić plan zajęć, aby móc ustalić grafik przejazdów. Można też załączyć go w formie odrębnego dokumentu. Jeżeli dane zajęcia odbywają się w określonych terminach proszę o wskazanie dokładnych dat dla tych zajęć.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pytanie:** | **Oznacz „X” jeżeli dotyczy** |
| 1. | Plan zajęć obowiązuje przez okres całego semestru wedle ustalonego zakresu godzin. |  |
| 2. | Plan zajęć obowiązuje w trybie „co dwa tygodnie” lub innym.  Jakim? |  |
| 3. | Niektóre zajęcia/przedmioty kończą się wcześniej niż z końcem semestru. |  |

Wpisz nazwę przedmiotu i godziny od – do, w jakich się one odbywają. (Np. Wstep do pedagogiki 8.00 – 9.30).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Poniedziałek** | **Wtorek** | **Środa** | **Czwartek** | **Piątek** | **Sobota** | **Niedziela** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że zawarte w ankiecie informacje są prawdziwe.

­­­­­**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Podpis**

Oświadczam, że zapoznałam/ em się z Regulaminem Usługi Transportowej.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Podpis**

**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 tj. Usługi transportowej, 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.

**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.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Podpis**