Gdańsk, dnia

Imię i nazwisko

Wydział

Kierunek i rok studiów

Tryb studiów:

* Stacjonarne
* Niestacjonarne

Rodzaj studiów:

* Studia I stopnia
* Studia II stopnia
* Jednolite studia magisterskie
* Studia doktoranckie
* inne

Nr albumu

Nr telefonu

E-mail (w domenie UG)

**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 i szczególnymi potrzebami.

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

Jestem zainteresowana/zainteresowany następującą formą/formami wsparcia:

|  |  |
| --- | --- |
| Adaptacja Procesu Kształcenia / Informacja o sytuacji studenta/studentki |  |
| Wsparcie Asystenta Dydaktycznego |  |
| Indywidualny Lektorat Językowy dla studentów/doktorantów z niepełnosprawnością wzroku, słuchu lub zaburzeniami funkcji poznawczychdedykowany osobom z orzeczeniem o niepełnosprawności wzrokowej, słuchowej, \*UWAGA Wsparcie w postaci indywidualnego lektoratu dla osób ze szczególnymi potrzebami będzie rozpatrywane indywidualnie. |  |
| 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) |  |
| Wsparcie Asystenta Informatycznego w BUG |  |
| Wsparcie Asystenta Bibliotecznego w BUG |  |
| Szkolenia z zakresu obsługi sprzętu i oprogramowania specjalistycznego (dla osób z niepełnosprawnością wzroku) |  |
| Transport na uczelnie z miejsca zamieszkania (dla osób poruszających się na wózku) |  |
| Konsultacja psychologiczna z psychologiem Biura ds. Osób z Niepełnosprawnością (BON) / jednorazowo lub doraźnie |  |
| Stacjonarna terapia psychologiczna „wsparcie przedterapeutyczne” / 5 indywidualnych spotkań z psychologiem Biura ds. Osób z Niepełnosprawnością (BON) |  |
| Inne (jakie?): |  |

**Podpis wnioskodawcy**

**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 Gdańsk przy ul. Jana Bażyńskiego 8.
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu (58) 523 31 30 lub adresem e-mail: iod@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 oraz słuchaczy studiów podyplomowych
z niepełnosprawnością, a także w przypadku, gdy wyrazi Pani/Pan dodatkową zgodę – również w celu przesyłania informacji o ofercie Biura ds. Osób z Niepełnosprawnością.
4. Podstawą prawną do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 9 ust. 2 oraz art. 6 ust. 1 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 zakończeniu 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 80-309 Gdańsk przy ul. Bażyńskiego 8, w celu udzielania i realizacji wybranej przeze mnie formy wsparcia skierowanej dla studentów, doktorantów oraz słuchaczy studiów podyplomowych z  niepełnosprawnością. 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.

**Podpis wnioskodawcy**

[[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.

**Podpis wnioskodawcy**

2Oświadczam, 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. Ponadto oświadczam, że przekazywane mi materiały i prezentacje z zajęć również nie będą przekazywane osobom trzecim.

**Podpis wnioskodawcy**

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