

Gdańsk, dnia:.....

Imię i nazwisko

Nr telefonu.....

E-mail.....

Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych
Uniwersytet Gdański
ul. Bażyńskiego 1a, p.100
80-309 Gdańsk

Wniosek o przyznanie wsparcia dla studenta/doktoranta z niepełnosprawnością

Proszę o objęcie mnie wsparciem przez Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych.

Jestem zainteresowana/zainteresowany następującą formą/formami wsparcia:

Adaptacja materiałów dydaktycznych (dla osób niepełnosprawnością wzroku, lub innymi niepełnosprawnościami w uzasadnionych przypadkach)	
Wypożyczenie sprzętu lub oprogramowania specjalistycznego (dla osób z niepełnosprawnością wzroku, słuchu lub ruchu)	
Szkolenia	
Wsparcie asystenta	
Wsparcie psychologa	

.....
podpis

Część II - Wypełnia Biuro ds. osób Niepełnosprawnych, 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	<input type="checkbox"/>
umiarkowany	<input type="checkbox"/>
znaczny	<input type="checkbox"/>

Dokument potwierdzający niepełnosprawność:.....

Nr dokumentu..... Data ważności.....

Informacje o toku studiów

Kierunek.....

Rodzaj i tryb studiów:

licencjackie	<input type="checkbox"/>
magisterskie	<input type="checkbox"/>
doktoranckie	<input type="checkbox"/>
podyplomowe	<input type="checkbox"/>

Stacjonarne	<input type="checkbox"/>
Niestacjonarne	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

.....

.....

.....

Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych 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:
 - a) prawo dostępu do treści swoich danych;
 - b) prawo do ich sprostowania, gdy są niezgodne ze stanem rzeczywistym;
 - c) prawo do ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także przenoszenia danych – w przypadkach przewidzianych prawem;
 - d) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
 - e) 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.
 - f) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

¹Wyrażam 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 ¹	
---------------------	--

²Ponadto wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o ofercie Biura ds. Osób Niepełnosprawnych, 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 ²	
---------------------	--

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

podpis ²	
---------------------	--

¹ pole obowiązkowe

² pola opcjonalne