Załącznik

do Zasad wsparcia asystenta

studenta z niepełnosprawnością

w UWM w Olsztynie

WNIOSEK O PRZYZNANIE WSPARCIA
ASYSTENT STUDENTA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

I. Dane osobowe studenta

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………….

PESEL: …………………………………..………………………………… miejsce urodzenia: …………………………………………………………………

Adres do korespondencji ………………………………………………………………………………….…..……………………………………………………………………………………………..

Tel.: …………………………………………..………………………… e-mail: …………………….……………………….………….………………………………

Nr albumu: ……….…….……………… Rok studiów: …………………………

Wydział …………………………………………………………………………..……………………………………….………………………………………………….

Kierunek studiów: …………………………………………………………………………………………………………….………………………………………….

Rodzaj studiów:

stacjonarne/niestacjonarne, I stopnia, II stopnia, III stopnia, jednolite magisterskie

**II. Stopień i rodzaj niepełnosprawności oraz krótki opis niepełnosprawności:**

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

**III. Wskazanie problemów w procesie kształcenia w powiązaniu ze stanem zdrowia:**

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

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

**IV. Okres wnioskowania o usługę**:

Od …………………………..………………….………… do ……………….…………………………………………….

**V. Oczekiwana pomoc od asystenta (zakres wsparcia):**

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… **VI. Wnioskowana liczba godzin wsparcia: ……………………………………………………………………………………………………………**

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

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (data i podpis wnioskodawcy)

 (data przyjęcia wniosku i podpis pracownika)

**Oświadczam, że**:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach statutowych UWM przez Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em pouczona/y o:

- adresie siedziby i pełnej nazwie administratora danych osobowych,

- celu zbierania danych,

- prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,

- dobrowolności podania danych osobowych.

1. Zapoznałam/em się z Zasadami udzielania wsparcia asystenta studentom z niepełnosprawnościami Uniwersytetu Warmińsko Mazurskiego w Olsztynie.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(miejscowość/ data/ czytelny podpis )

(Wypełnia Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych)

**OPINIA BIURA DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH:**

W dniu ……………………… Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych proponuje przyznać wsparcie/nie przyznawać wsparcia studentce/owi …………………………………………………………………………………….. nr albumu …………………………….. kierunek studiów …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

Przyznane wsparcie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………….. na okres …………………………………… (od ………………………………… do ……………………………………).

**Uzasadnienie:** .....………………………………………………………….………………………………………………………..………………………..…………………………………

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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (podpis pracownika BON)

**Zatwierdzam**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (podpis i pieczęć Kierownika BON)