|  |  |
| --- | --- |
| KWESTIONARIUSZ DLA STUDENTA NIEPEŁNOSPRAWNEGO  UBIEGAJĄCEGO SIĘ O POMOC ASYSTENTA | |
| Dane osobowe | |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **E-mail** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| Informacje dotyczące studiów | |
| **Nazwa wydziału** |  |
| **Kierunek studiów** |  |
| **Rok studiów** |  |
| **Rodzaj studiów** |  |
| **Tryb studiów** |  |
| Informacje dotyczące niepełnosprawności lub choroby | |
| **Opis niepełnosprawności z uwzględnieniem informacji, które będą ważne, przy doborze pomocy (sposób poruszania się, rodzaj używanego sprzętu specjalistycznego, sposób pisania i czytania).** | |
|  | |
| **Rodzaj używanego sprzętu wspomagającego.** | |
|  | |
| **Przedstawiona dokumentacja medyczna.** | |
|  | |
| Informacje dotyczące pomocy asystenta | |
| **Rodzaj oczekiwanej pomocy.** | |
|  | |
| **Na pomoc, jakich osób możesz liczyć w trakcie studiowania?** | |
|  | |
| **Czy jesteś w stanie samodzielnie znaleźć dla siebie asystenta?** | |
|  | |
| **Wnioskowana ilość godzin wsparcia na miesiąc zgodna z tygodniowym planem pracy.** | |
|  | |

Oświadczam, że zawarte w ankiecie informacje są prawdziwe oraz, że zapoznałem się z regulaminem pomocy asystenta i zaakceptowałem jego warunki. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zespół ds. Studentów Niepełnosprawnych UMCS zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Data** |  | **Podpis** |  | **Podpis osoby przyjmującej kwestionariusz** |