|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KWESTIONARIUSZ DLA STUDENTA/DOKTORANTA  Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI  UBIEGAJĄCEGO SIĘ O WSPARCIE | | | | | | | | | | |
| Dane osobowe: | | | | | | | | | | |
| **Imię i Nazwisko** | | | |  | | | | | | |
| **Numer telefonu** | | | |  | | | | | | |
| **E-mail** | | | |  | | | | | | |
| **Adres korespondencyjny** | | | |  | | | | | | |
| Informacje dotyczące studiów: | | | | | | | | | | |
| **Nazwa wydziału** | | | |  | | | | | | |
| **Nr albumu** | | | |  | | | | | | |
| **Kierunek studiów** | | | |  | | | | | | |
| **Rok i stopień 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 do wglądu.** | | | | | | | | | | |
| * posiadam orzeczenie  o niepełnosprawności | | | | | | | * nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności | | | |
| Formy wsparcia, w których deklaruję uczestnictwo: | | | | | | | | | | |
| * Asystent * Tłumacz Języka Migowego * Transport na zajęcia dydaktyczne * Użyczenie sprzętu * Lektorat z języka angielskiego * Zajęcia na pływalni * Zajęcia na siłowni * Boccia * Szkolenia, Warsztaty, Konferencje, Usługi doradcze * Wyjazdy edukacyjne * Inne:………………………………………………… | | | | | | | | | | |
| Informacje dotyczące pomocy asystenta lub tłumacza migowego: | | | | | | | | | | |
| **Rodzaj oczekiwanej pomocy.** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Czy jesteś w stanie samodzielnie znaleźć dla siebie asystenta?** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Wnioskowana ilość godzin wsparcia na miesiąc zgodna z tygodniowym planem pracy.** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Informacje dotyczące zapewnienia transportu na zajęcia dydaktyczne | | | | | | | | | | |
| **Opis niepełnosprawności z uwzględnieniem informacji, które będą ważne, przy zapewnieniu transportu na zajęcia dydaktyczne.** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Przy poruszaniu się korzystam z:** | | | | | | | | | | |
| * wózek | | | * kule | | | | | * balkonik | | * laska |
| * pomoc osoby towarzyszącej | | | | | * inne: | | | | | |
| **Jakiego rodzaju wózek posiada Pan/Pani?**  **(dotyczy osób, które korzystają z wózka inwalidzkiego)** | | | | | | | | | | |
| * wózek inwalidzki |  | | | | | * inne specyficzne cechy wózka z punktu widzenia przewożenia i noszenia: | | | | |
| **Inne uwagi ważne dotyczące korzystania z usługi transportowej:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Informacje dotyczące zapotrzebowania na sprzęt wspomagający: | | | | | | | | | | |
| **Rodzaj wybranego sprzętu wspomagającego:** | | | | | | | | | | |
| * **Dyktafon** | | * **System FM** | | | | | | * **Netbook** | * **Notebook** | |
| **Uzasadnienie potrzeby użytkowania wybranego sprzętu wspomagającego:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Informacje dotyczące wybranych zajęć dodatkowych: | | | | | | | | | | |
| **Opis dotychczasowych umiejętności (z wybranego zajęcia dodatkowego):** | | | | | | | | | | |
| Lektorat – poziom znajomości języka | | | |  | | | | | | |
| Pływanie - umiejętność pływania | | | |  | | | | | | |
| Zajęcia na siłowni | | | |  | | | | | | |
| Tematyka szkoleń jakimi się interesuję | | | |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Uwagi pracownika Zespołu |  |

\* Oświadczam, że brak jest przeciwskazań zdrowotnych znanych mi do realizacji formy wsparcia jakim są zajęcia na basenie i siłowni oraz zajęcia z Boccia.

\* Oświadczam, że zawarte w ankiecie informacje są prawdziwe oraz że zapoznałem się z Regulaminami poszczególnych form wsparcia i akceptuję ich warunki.

\* zaznaczenie pola jest obowiązkowe w związku z realizacją procesu wsparcia

\* Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwego wsparcia w zakresie obsługi przez Zespół ds. Obsługi Osób Niepełnosprawnych UMCS, Biuro Spraw Studenckich UMCS, Centrum Kształcenia i Obsługi Studiów Dom Studencki „BABILON” i kontaktu w sprawach związanych z organizacją procesu obsługi, przy wykorzystaniu podanych przeze mnie danych.

\* zaznaczenie pola jest obowiązkowe w związku z realizacją procesu wsparcia

\* Oświadczam, że posiadam wiedzę, że podanie danych w kwestionariuszu zgłoszeniowym i jego przesłanie jest dobrowolne, jednak niezbędne dla realizacji celu przetwarzania. Brak podania danych uniemożliwia aplikowanie i udzielenie wsparcia. Administratorem danych osobowych jest Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie z siedzibą przy Pl. Marii Curie-Skłodowskiej 5, 20-031 Lublin. Zostałem poinformowany o przysługujących mi prawach, wszelkich okolicznościach i zasadach przetwarzania danych osobowych, w szczególności że przysługuje mi prawo dostępu do danych, możliwość ich sprostowania, żądania ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych oraz prawo złożenia skargi do organu nadzorczego. Gromadzone dane będą przetwarzane wyłącznie w celach związanych z organizacją wsparcia, na podstawie przepisów prawa, w tym ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym w związku z art. 6 ust. 1 pkt c i d oraz art. 9 ust. 2 pkt b RODO, w okresach realizacji wsparcia, archiwizacji danych, zgodnie z procedurami obowiązującymi w UMCS oraz ustalenia i dochodzenia ewentualnych roszczeń. Nie będą podlegały dalszemu przetwarzaniu, w tym udostępnianiu podmiotom zewnętrznym za wyjątkiem przypadków ich udostępnienia asystentom oraz innym osobom biorącym udział w udzielaniu wsparcia, osobom lub podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa oraz w oparciu o umowy zawarte przez UMCS Nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych, ani poddawane profilowaniu, nie będą również w oparciu o nie podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany. Posiadam wiedzę, że UMCS powołał osobę nadzorującą prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którą można skontaktować się pod adresem: [abi@umcs.lublin.pl](mailto:abi@umcs.lublin.pl).

\* zaznaczenie pola jest obowiązkowe w związku z realizacją procesu wsparcia

\* Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa powszechnego w szczególności Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. Rozporządzenie Ogólne o Ochronie Danych/RODO) wyrażam zgodę na udostępnienie przez Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie z siedzibą przy Pl. Marii Curie-Skłodowskiej 5, 20-031 Lublin, będący Administratorem Danych Osobowych, danych dotyczących mnie, w tym dotyczących stanu mojego zdrowia, przetwarzanych w związku z udzielanym mi w oparciu o ustawę Prawo o szkolnictwie wyższym wsparciem, osobom realizującym wsparcie w imieniu Uniwersytetu.

\* zaznaczenie pola jest obowiązkowe w związku z realizacją procesu wsparcia

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