|  |
| --- |
| KWESTIONARIUSZ DLA STUDENTA/DOKTORANTAZ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMIUBIEGAJĄCEGO 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 orzeczeniao 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.

\* 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** |