

**WNIOSEK O PRYZNANIE WSPARCIA
ASYSTENT STUDENTA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

I. Dane osobowe studenta

Imię i nazwisko:

.....

PESEL: miejsce urodzenia:

Adres do korespondencji

.....

Tel.: e-mail:

Numer albumu: Rok studiów: I II III IV V

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: h / miesiąc

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

(data/ czytelny podpis)

↓ (Wypełnia Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych) ↓

OPINIA BIURA DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH:

W dniu Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych przyznaje wsparcie/nie przyznaje wsparcia
studentce/owinr albumu
kierunek studiów

Wymiar przyznanego wsparcia:

.....
..... na okres
(od do).

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(podpis kierownika BON lub pracownika BON)