

WNIOSEK O PRZYZNANIE WSPARCIA
Tłumacza języka migowego

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

II. Stopień i rodzaj niepełnosprawności oraz krótki opis niepełnosprawności:

.....

.....

III. Znajomość języka migowego:

☐

PJM

☐

SJM

☐

brak znajomości języka migowego

IV. Wskazanie problemów w procesie kształcenia w powiązaniu z posiadaną wadą słuchu:

.....

.....

V. Okres wnioskowania o usługę:

Od do

VI. Zakres wsparcia tłumacza języka migowego:

.....

.....

.....

VII. Wnioskowana liczba godzin wsparcia tłumacza: godzin/msc

☐

Załącznik: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

(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 przyznawania wsparcia tłumacza języka migowego w ramach wsparcia dydaktycznego studentów głuchych i słabosłyszących UWM w Olsztynie.

(miejscowość/ data/ czytelny podpis wnioskodawcy)

(Wypełnia Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych)

Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

- ☐ przyznaje wsparcie TJM
- ☐ nie przyznaje wsparcia TJM wnioskującemu/cej.

Przyznane wsparcie:

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

w ilościgodzin/msc. na okres (od do).

Uzasadnienie:

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

(data i podpis pracownika BON)

Zatwierdzam

(data, podpis i pieczęć Kierownika BON)