

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

(w ramach zadań związanych ze stwarzaniem studentom z niepełnosprawnościami, warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia, w Krakowskiej Wyższej szkole Promocji Zdrowia z siedzibą w Krakowie)

1. Dane osobowe studenta

Imię i nazwisko:
Pesel:
Miejsce urodzenia:
Adres do korespondencji:
Numer telefonu:
Adres e-mail:
Numer albumu:
Rok, kierunek i rodzaj studiów:

2. Symbol oraz krótki opis niepełnosprawności

Symbol:

Opis:

.....

.....

.....

3. Oczekiwany zakres wsparcia asystenta

- Przyznanie asystencji przy sporządzaniu notatek.
- Przyznanie asystencji przy przemieszczaniu się na terenie Uczelni.
- Przyznanie asystencji bibliotecznej i związanej z prowadzeniem badań naukowych.
- Inne:.....

4. Proponowana osoba do wykonywania usług asystenckich:

Imię i nazwisko:
Numer telefonu:
Adres e-mail:
Rok, kierunek i rodzaj studiów:

Oświadczenie

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach statutowych KWSPZ przez Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y i 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.
3. Jestem świadoma/y, że za podanie nieprawdziwych danych podlega odpowiedzialności karnej, określonej w art. 286 kk – „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” – oraz o odpowiedzialności dyscyplinarnej z art. 307 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r., Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r., poz. 1668).

(data i podpis)

↓ (Wypełnia Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych) ↓

OPINIA PEŁNOMOCNIKA DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Wniosek należy uznać za zasadny / niezasadny, gdyż:

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

Wnioskodawcy należy przyznać wsparcie w zakresie:

- przyznanie asystencji przy sporządzaniu notatek,
- przyznanie asystencji przy przemieszczaniu się na terenie Uczelni,
- przyznanie asystencji bibliotecznej i związanej z prowadzeniem badań naukowych,
- inne.....

Okres wsparcia:

.....

(data i podpis Pełnomocnika Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych)

DECYZJA REKTORA

- Wyrażam zgodę uwzględniając w całości opinię Pełnomocnika Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych.
- Nie wyrażam zgody.
- Wyrażam zgodę uwzględniając opinię Pełnomocnika Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych w zakresie:

.....
.....

(data i podpis Rektora KWSPZ)