**Wniosek o udzielenie wsparcia**

## Imię i nazwisko**\***: ……………………………………………………………………………………………………….

## Adres e-mail\*: ……………………………………………………………………………………………………………

## Numer telefonu: …………………………………………………………………………………………………………

## Relacja z Uczelnią**\*** (zaznacz tylko 1 odpowiedź):

Studentka lub student

Doktorantka lub doktorant

Pracownik lub pracownica

Kandydat lub kandydatka na studia, do Szkoły Doktorskiej lub na inną formę kształcenia

Słuchaczka lub słuchacz studiów podyplomowych

Inne: …………………………………………………………………………………………………………………………..

## Wydział, Szkoła Doktorska lub inne jednostka Uczelni:\*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

## Kierunek (dotyczy osób kształcących się lub kandydujących na studia), dyscyplina (dotyczy osób kształcących się lub kandydujących do Szkoły Doktorskiej): …………………………………………………………………………………………………………………………..

## Numer albumu (dotyczy osób kształcących się): …………………………………

## Poziom kształcenia (dotyczy osób kształcących się lub kandydatek i kandydatów): (zaznacz tylko 1 odpowiedź)

Studia I stopnia

Studia II stopnia

Jednolite studia magisterskie

Szkoła Doktorska

Studia doktoranckie

Studia podyplomowe

Inne: ……………………………………………………………………

## Rok kształcenia (dotyczy tylko osób kształcących się lub kandydatek i kandydatów) (zaznacz tylko 1 odpowiedź):

I

II

III

IV

V

VI

Inne: ……………………………………………………………………

## Wnioskowane wsparcie\* (zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi):

Zapewnienie dostępności procesu przyjmowania na uczelnie w celu odbywania kształcenia, w tym procesu rekrutacji

Zapewnienie dostępności procesu dydaktycznego, w tym dostępnych materiałów dydaktycznych, nauki języków obcych, zajęć wychowania fizycznego,

Zapewnienie dostępności procesu weryfikacji efektów uczenia się jak: zapewnienie dostępnej formy (forma ustna, pisemna, pisemna na komputerze itp.); zapewnienie dostępnych miejsc i warunków; zapewnienie dostępności materiałów (egzaminacyjnych itp.); zapewnienie odpowiedniego czasu (wydłużenie czasu, podzielenie egzaminu na części, wprowadzenie przerw w trakcie egzaminu itp.

Zapewnienie usług wspierających, w tym asystentów asystentek, transportu specjalistycznego

Zapewnienie innego wsparcia specjalistycznego, w tym psychologicznego

Zapewnienie dostępu do technologii wspomagających (sprzętu specjalistycznego i oprogramowania specjalistycznego, ang. assistive technologies), w tym użyczania technologii wspomagających (wypożyczalnia)

Zapewnienie dostępności prowadzenia badań naukowych

Zapewnienie dostępnego środowiska pracy

Inne: ……………………………………………………………………

## Uszczegółowienie wnioskowanego wsparcia\*:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

## Uzasadnienie\*:

………………………………………………………………………………………………………………………………….…………

………………………………………………………………………………………………………………………………….…………

## Okres wsparcia\* (zaznacz tylko 1 odpowiedź):

Jednorazowo

Bieżący miesiąc

Najbliższy (kolejny) miesiąc

Bieżący semestr

Najbliższy (kolejny) semestr

Bieżący rok akademicki

Najbliższy (kolejny) rok akademicki

Do końca okresu kształcenia lub zatrudnienia

Inne: ……………………………………………………………………

## Załączona dokumentacja (zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi):

Potwierdzająca niepełnosprawność (np. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, orzeczenie o niepełnosprawności)

Wydana na podstawie przepisów oświatowych (taka jak: dokumenty z poradni psychologiczno-pedagogicznych, dokumenty dotyczące dostosowania warunków lub formy przeprowadzania egzaminów, dokumenty dot. indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych)

Medyczna

Inne: ……………………………………………………………………

**Oświadczenia i zgody wnioskodawcy**

Ja niżej podpisany/a

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

Oświadczam, że zapoznałem (-am) się z zasadami **Regulaminu wsparcia osób ze szczególnymi potrzebami w Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Wyrażam zgodę na przedstawianie mi przez Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu oferty jego usług (marketing usług własnych), poprzez wysyłanie informacji za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres e-mail.\*

## **tak**

## **nie**

Wyrażam zgodę na przedstawianie mi przez Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu oferty jego usług (marketing usług własnych) poprzez przesyłanie informacji za pośrednictwem telefonu na podany przeze mnie numer telefonu. \*

## **tak**

## **nie**

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony i przetwarzania moich danych osobowych przez Administratora - Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, dostępną na stronie internetowej Uczelni. \*

## **tak**

## **nie**

\*zaznaczyć odpowiednie

………………………………………………… (Czytelny Podpis Wnioskodawcy)

**Potwierdzenie pracownika biura ds. osób z niepełnosprawnościami o zgodności i kompletności danych zawartych we wniosku o udzielenie wsparcia**

data ………………………………………….

**………………………………………………………………………**

**(pieczęć imienna i podpis pracownika BON)**

**Decyzja w sprawie udzielenia wsparcia** ………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………….

pieczęć i podpis osoby podejmującej

decyzję w sprawie udzielenia wparcia