**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