



Załącznik nr 1
do Regulaminu świadczenia usług wsparcia
dla studentów niepełnosprawnych w AG

Katowice, dn.

**Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnością
w miejscu**

WNIOSEK
o przyznanie usług wsparcia studentom niepełnosprawnym w AG
w semestrze zimowym/ letnim* w roku akademickim

Imię i nazwisko:			
Pesel:		Seria i nr dowodu osobistego:	
Adres zameldowania:			
Telefon:		E-mail:	
Wydział:		Kierunek:	
Nr albumu:	Rok studiów:	<input type="checkbox"/> s. stacjonarne	<input type="checkbox"/> s. niestacjonarne
Rodzaj Studiów:	<input type="checkbox"/> I stopnia	<input type="checkbox"/> II stopnia	
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> znaczny
Orzeczenie ważne do:		Symbol niepełnosprawności:	
Opis niepełnosprawności:			
Dołączona dokumentacja:	<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> inna:	

Zwracam się z prośbą o przydzielenie wsparcia w zakresie: *(należy określić jakiego rodzaju usług oraz finansowania ma dotyczyć wsparcie)*

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



Uzasadnienie przyznania wsparcia:

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

Załączniki:

- orzeczenie o niepełnosprawności
- harmonogram zajęć*
- Niniejszym oświadczam, że zawarte we wniosku informacje są prawdziwe oraz, że się zapoznałam / em i zaakceptowałam / em warunki* „Regulaminu świadczenia usług wsparcia dla studentów niepełnosprawnych w Akademii Górnośląskiej im. Wojciecha Korfantego w Katowicach”.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych we wniosku przez Akademię Górnośląską im. Wojciecha Korfantego w Katowicach, zgodnie z ustawą wyłącznie w celu udzielenia wsparcia oraz ewaluacji, kontroli i monitoringu wydatkowania dotacji podmiotowej udzielonej AG na cele związane ze stwarzaniem studentom i doktorantom niepełnosprawnym warunków pełnego udziału w procesie kształcenia. Dane będą udostępniane tylko podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.
- Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych zostałam/em poinformowana/y, że:
 - administratorem tak zebranych danych osobowych jest Akademia Górnośląska im. Wojciecha Korfantego z siedzibą w Katowicach przy ul. Harcerzy Września 3;
 - moje dane osobowe nie są udostępniane odbiorcom danych osobowych w rozumieniu powyższych dokumentów;
 - mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;
 - podanie danych osobowych jest dobrowolne;
 - kontakt do Inspektora Ochrony Danych: iod@akademiagornoslaska.pl

*Niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis studenta

Wypełnia koordynator Biura ds. Osób z Niepełnosprawnością:

Przyznaję / nie przyznaję**
zgodnie wnioskiem.

.....
data i podpis Koordynatora BON