Załącznik nr 1

do Uchwały nr 3105

Senatu Uniwersytetu w Białymstoku

z dnia 28 września 2022 r.

**KWESTIONARIUSZ REJESTRACYJNY**

Rok akademicki 20……../20………

**Dane osobowe**

Imię i nazwisko:………………………………………………………………………………..

Nr albumu:……………………………………………………………………………………...

Nazwa kierunku studiów, szkoły doktorskiej, studiów doktoranckich, studiów podyplomowych:……………………………………………………………………………….

1. Jeśli używa Pan/Pani sprzętu rehabilitacyjnego /medycznego/ specjalistycznego, proszę opisać jakiego. Jeśli nie, proszę przejść do następnego pytania: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Jeśli pojawiają się trudności w studiowaniu / wykonywaniu zadań związanych z uczeniem się, proszę opisać jakie są to trudności i jaki związek mają z  Pana/Pani stanem zdrowia. Jeśli nie, proszę przejść do następnego pytania.: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Proszę opisać rodzaj oczekiwanej pomocy ze strony Uniwersytetu.: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet w Białymstoku, ul. Świerkowa 20B, 15-328 Białystok.

2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych, odpowiadającego za prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: iod@uwb.edu.pl.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wsparcia studentów, doktorantów i słuchaczy studiów podyplomowych w Uniwersytecie w Białymstoku.

4. Wśród danych osobowych, które przetwarzamy, znajdują się dane dotyczące stanu zdrowia – informacja o stopniu niepełnosprawności i symbolu przyczyny niepełnosprawności.

5. Podstawą do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:

* art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych tj. – osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów;
* art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych tj. - przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;

6. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do udzielenia Pani/Panu wsparcia.

7. Pani/Pana dane będą przekazywane wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa oaz mogą być przekazywane osobom wykonującym usługę asystenta dydaktycznego osoby niepełnosprawnej.

8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania.

9. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszalności danych oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz cofnięcia zgody do ich przetwarzania.

10. Ilekroć zaistnieje okoliczność, że przetwarzanie naruszy przepisy obowiązującego prawa – posiada Pani/Pan uprawnienie do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

11. Przekazane dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.

Data:

Podpis:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach realizacji badań społecznych dotyczących niepełnosprawności realizowanych przez Uniwersytet w Białymstoku.

Data:

Podpis:

Załącznik nr 2

do Uchwały nr 3105

Senatu Uniwersytetu w Białymstoku

z dnia 28 września 2022 r.

Białystok, dnia…………………..

Imię i nazwisko:………………………………………………………………………………..

Nr albumu:……………………………………………………………………………………...

Nazwa kierunku studiów, szkoły doktorskiej, studiów doktoranckich, studiów podyplomowych:……………………………………………………………………………….

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/a (imię i nazwisko):…………………………………………

wyrażam zgodę na przekazanie przez Sekcję ds. Osób ze Szczególnymi Potrzebami oraz Pełnomocnika rektora ds. studentów i doktorantów ze szczególnymi potrzebami edukacyjnymi pracownikom (nazwa jednostki organizacyjnej Uniwersytetu) :…………………………………………………… informacji o stanie zdrowia.

Podpis osoby składającej oświadczenie:

Załącznik nr 3

do Uchwały nr 3105

Senatu Uniwersytetu w Białymstoku

z dnia 28 września 2022 r.

Białystok, dnia…………………..

Dziekan/Dyrektor:…………………………….

Wydział/Instytut:…………………………..…..

**WNIOSEK**

o zastosowanie rozwiązań alternatywnych wspierających studentów/słuchaczy ze szczególnymi potrzebami\*

Imię i nazwisko:………………………………………………………………………………..

Nr albumu:……………………………………………………………………………………...

Nazwa kierunku studiów, szkoły doktorskiej, studiów doktoranckich, studiów podyplomowych: …………………………………………………………………………….

Proszę o zastosowanie następujących rozwiązań alternatywnych:[[1]](#footnote-1)

| Lp. | Forma rozwiązań alternatywnych | Okres stosowania rozwiązań |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

Podpis studenta/słuchacza

……………………………………….

\*zaznacz właściwe

**Opinia pełnomocnika**

Na podstawie złożonej przez studenta/słuchacza ze szczególnymi potrzebami\* (dokumentacji medycznej lub specjalistycznej oraz analizy stanu zdrowia studenta/słuchacza ze szczególnymi potrzebami edukacyjnymi potwierdzam\* zasadność zastosowania wnioskowanych form rozwiązań alternatywnych wymienionych w pkt ……/nie potwierdzam\* zasadności zastosowania wnioskowanych form rozwiązań alternatywnych wymienionych w pkt …. .

Data i podpis pełnomocnika: …………………………………………………………..

**Opinia prowadzącego zajęcia/opiekuna praktyki\***

(dotyczy rozwiązań o których mowa w § 6 ust. 1 pkt. 11 i § 7 pkt 1 Uchwały Senatu Uniwersytetu w Białymstoku nr ……….. z dnia 28 września 2022 r. w sprawie określenia szczegółowych zasad wprowadzania i zastosowania rozwiązań alternatywnych wobec studiujących osób ze szczególnymi potrzebami ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data i podpis prowadzącego zajęcia/opiekuna praktyki: ……………………………….

**Rozstrzygnięcie Dziekana**

Na podstawie § 5 ust. 3 Uchwały nr Senatu Uniwersytetu w Białymstoku z dnia 28 września 2022 r. w sprawie określenia szczegółowych zasad wprowadzania i  zastosowania rozwiązań alternatywnych wobec studiujących osób ze szczególnymi potrzebami oraz mając na uwadze opinię pełnomocnika rektora ds. studentów i  doktorantów ze szczególnymi potrzebami edukacyjnymi, prowadzącego zajęcia w sprawie realizacji przedmiotu w formie alternatywnej/opiekuna praktyki w sprawie innej formy odbywania praktyki\*\* postanawiam: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Data i podpis dziekana: ……………………………………………………………………

\*\*proszę zaznaczyć właściwe określenie

Załącznik nr 4

do Uchwały nr 3105

Senatu Uniwersytetu w Białymstoku

z dnia 28 września 2022 r.

**OŚWIADCZENIE**

Dane osobowe studenta/słuchacza:

Imię i nazwisko:………………………………………………………………………………..

Nr albumu:……………………………………………………………………………………...

Nazwa kierunku studiów, szkoły doktorskiej, studiów doktoranckich, studiów podyplomowych:……………………………………………………………………………….

Niniejszym oświadczam, iż otrzymany materiał dydaktyczny będę wykorzystywać wyłącznie na użytek prywatny. Zobowiązuję się także do ochrony otrzymanych materiałów, w tym zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t. j . Dz. U. z 2022 poz. 1062 z późn. zm.), oraz ewentualnych zarejestrowanych danych osobowych., w tym zobowiązuję się do nierozpowszechniania otrzymanych materiałów.

Białystok, dnia …………………… …………….……………………………………….…

(podpis studenta/słuchacza)

1. Proszę opisać formę rozwiązań alternatywnych, o które Pan/Pani wnioskuje oraz określić okres ich stosowania [↑](#footnote-ref-1)