Załącznik nr 1   
do Zasad wsparcia studentów i doktorantów ze szczególnymi potrzebami w formie włączenia osób trzecich oraz dodatkowych, indywidualnych zajęć dydaktycznych

Białystok, dnia

**Rektor**

**Uniwersytetu w Białymstoku**

**Wniosek**

**o przyznanie asystenta dydaktycznego/tłumacza języka migowego   
w semestrze** **zimowym/letnim w roku akademickiego 20…../20…..**

Imię i nazwisko studenta/doktoranta:\* ………………………………………………………

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

Wydział/Instytut/Szkoła Doktorska: ………………………………………………………….

Rok i kierunek studiów: ……………………………………………………………………….

Uzasadnienie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\* proszę zaznaczyć właściwe

**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 20 B, 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 ze szczególnymi potrzebami w Uniwersytecie w Białymstoku.
4. Wśród danych osobowych, które przetwarzamy, znajdują się dane dotyczące stanu zdrowia .
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.*

1. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do udzielenia Pani/Panu wsparcia.
2. Pani/Pana dane będą przekazywane wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania.
4. 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.
5. 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.
6. Przekazane dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i  nie będą poddawane profilowaniu.

……………………………………………………………….

data i podpis studenta/doktoranta:

**Opinia Pełnomocnika Rektora ds. studentów i doktorantów ze szczególnymi potrzebami edukacyjnymi**

Popieram/nie popieram\* wniosek/wniosku studenta/doktoranta (imię i nazwisko): ………………………………..…………………….

Proponowana stawka wynagrodzenia za godzinę pracy asystenta dydaktycznego/tłumacza języka migowego wynosi:

……………….zł brutto, słownie: ……………………………………………………… zł.

……………………………………………

data, pieczątka i podpis

**Decyzja prorektora właściwego do spraw studenckich**

**w sprawie przyznania asystenta dydaktycznego/tłumacza języka migowego**

Wyrażam/ nie wyrażam\* zgodę/y na przyznanie Pani/Panu (imię i nazwisko) …………………………………………………………………………………………………: asystenta dydaktycznego/tłumacza języka migowego w semestrze zimowym/letnim\* roku akademickiego 20……/20…. . Funkcję asystenta dydaktycznego/tłumacza języka migowego w ramach umowy–zlecenia pełnić będzie Pani/Pan (imię i nazwisko): …………………………………………………………………………………………………

Stawka wynagrodzenia za godzinę pracy asystenta/tłumacza języka migowego wynosi………………zł brutto, słownie…………………………………. zł.

………………………………………………………

podpis

Załącznik nr 2  
do Zasad wsparcia studentów i doktorantów ze szczególnymi potrzebami w formie włączenia osób trzecich oraz dodatkowych, indywidualnych zajęć dydaktycznych

**Informacja o tygodniowym wymiarze godzin pracy asystenta dydaktycznego/tłumacza języka migowego w semestrze zimowym/letnim\***

**roku akademickiego 20…../20…..**

Imię i nazwisko studenta/doktoranta\*: ……………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Daty obowiązywania planu zajęć | Liczba godzin wynikająca z planu | Szacowana liczba godzin poza zajęciami | Liczba  godzin łącznie | Podpis pracownika  Sekcji |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Imię i nazwisko asystenta dydaktycznego/tłumacza języka migowego:

……………………………………………………………

data i podpis prowadzącego zajęcia

Opinia dotycząca kosztów - godzin pracy asystenta dydaktycznego/tłumacza języka migowego

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

data i podpis kierownika Samodzielnej Sekcji ds. Wparcia Osób ze Szczególnymi Potrzebami

Decyzja prorektora właściwego do spraw studenckich

………………………………………………………………………………………………

Data i podpis prorektora właściwego do spraw studenckich

\* proszę zaznaczyć właściwe

Załącznik nr 3  
do Zasad wsparcia studentów i doktorantów ze szczególnymi potrzebami w formie włączenia osób trzecich oraz dodatkowych, indywidualnych zajęć dydaktycznych

**Karta zgłoszenia zajęć dodatkowych, nieprzewidzianych planem zajęć**

**w semestrze zimowym/letnim\***

**roku akademickiego 20…../20…..**

Imię i nazwisko studenta/doktoranta\*: ……………………………………………………..

Rodzaj zgłaszanych zajęć: ……………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………..

Miejsce i termin zajęć dodatkowych: ………………………………………………………

Czas trwania: …………………………………………………………………………………

Liczba godzin zrealizowanych przez asystenta dydaktycznego/tłumacza języka migowego :………………….

Załączniki:

1. …………………………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………………………………

…………………………………………………..

data i podpis studenta/doktoranta:

Opinia dotycząca kosztów przeprowadzenia zajęć nieprzewidzianych planem zajęć

……………………………………………………………………………………………….

data i podpis kierownika Samodzielnej Sekcji ds. Wparcia Osób ze Szczególnymi Potrzebami

Decyzja prorektora właściwego do spraw studenckich

………………………………………………………………………………………………

Data i podpis prorektora właściwego do spraw studenckich

\*proszę zaznaczyć właściwe

Załącznik nr 4

do Zasad wsparcia studentów i doktorantów ze szczególnymi potrzebami w formie włączenia osób trzecich oraz dodatkowych, indywidualnych zajęć dydaktycznych

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MIESIĘCZNA KARTA PRACY ASYSTENTA DYDAKTYCZNEGO UNIWERSYTETU W BIAŁYMSTOKU | | | | | | |
| Imię i nazwisko asystenta | | | |  | | |
| Imię i nazwisko studenta/doktoranta | | | |
| Wydział/kierunek studiów/rok | | | |
| Miesiąc/rok | | | |  | | |
| dzień | godziny pracy  (od do) | suma godzin | miejsce wsparcia studenta | wykonywane czynności | podpis studenta/doktoranta | podpis prowadzącego zajęcia/pracownika UwB |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| SUMA GODZIN |  |  |  |  |  |  |
| Data, podpis asystenta dydaktycznego: | | | | Zatwierdzam pod względem merytorycznym: | | |

Załącznik nr 5  
do Zasad wsparcia studentów i doktorantów ze szczególnymi potrzebami w formie włączenia osób trzecich oraz dodatkowych, indywidualnych zajęć dydaktycznych

Białystok, dnia

**Rektor**

**Uniwersytetu w Białymstoku**

**Wniosek o przyznanie wsparcia w formie dodatkowych indywidualnych zajęć dydaktycznych w semestrze zimowym/letnim\***

**roku akademickiego 20…../20…..**

Imię i nazwisko studenta/doktoranta\*: ……………………………………………………

Wydział/Instytut/Szkoła Doktorska …………………………………………………………:

Kierunek studiów: ……………………………………………………………………………

Numer albumu: ………………………………………………………………………………..

Przedmiot: ……………………………………………………………………………………..

Prowadzący przedmiot: ………………………………………………………………………

**\***proszę zaznaczyć właściwe

Uzasadnianie:  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**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 20 B, 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 ze szczególnymi potrzebami w Uniwersytecie w  Białymstoku.
4. Wśród danych osobowych, które przetwarzamy, znajdują się dane dotyczące stanu zdrowia.
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;*

1. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do udzielenia Pani/Panu wsparcia.
2. Pani/Pana dane będą przekazywane wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania.
4. 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.
5. 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.
6. Przekazane dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i  nie będą poddawane profilowaniu.

……………………………………….

data i podpis studenta/doktoranta

**Opinia prowadzącego zajęcia o potrzebie przyznania dodatkowych, indywidualnych zajęć dydaktycznych**

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………

data i podpis prowadzącego zajęcia

**Opinia dziekana/dyrektora o potrzebie przyznania dodatkowych, indywidualnych zajęć dydaktycznych**

**Popieram/nie popieram\***

Osoba proponowana do prowadzenia zajęć dodatkowych: …………………………………………………………………………………………………

Proponowany wymiar godzin: ………………………………………………………………

…………………..…………………………

*data i podpis*

**Opinia Pełnomocnika rektora ds. studentów i doktorantów ze szczególnymi potrzebami edukacyjnymi**

Proponowana stawka wynagrodzenia za godzinę dydaktyczną wynosi ………… zł brutto, słownie …………………………………………………………………………… zł.

……………………………………………………………………

*data i podpis*

**Decyzja prorektora właściwego do spraw studenckich**

**w sprawie przyznania dodatkowych, indywidualnych zajęć dydaktycznych**

Wyrażam/nie wyrażam\* zgody na zorganizowane dodatkowych, indywidualnych zajęć dydaktycznych dla Pana/Pani…………………………….…………

Zajęcia będą prowadzone przez (imię i nazwisko): ………………………………………………………………………………… w wymiarze ………… godzin dydaktycznych.

Stawka wynagrodzenia za godzinę dydaktyczną w wysokości zł brutto, słownie …………………………………… zł.

……………………………………………………..

*data i podpis*

\* proszę zaznaczyć właściwe