



Załącznik nr 1

Do Uchwały Senatu AMNSiH z dnia 20 października 2021r. w sprawie określenia szczegółowych zasad wprowadzania i zastosowania rozwiązań alternatywnych dla studiujących osób z niepełnosprawnością

**Kwestionariusz rejestracyjny dla osób zgłaszających się do Biura Osób z Niepełnosprawnością w Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych w Warszawie
Rok akademicki 20...../20.....**

DANE OSOBOWE:

1. Nazwisko
2. Imię
3. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
4. Adres zamieszkania
.....

DANE DO KONTAKTU:

5. Adres korespondencyjny
.....
6. Tel. kom.
7. Inny tel. kontaktowy (bądź dane osoby do kontaktu)
.....
8. E-mail

INFORMACJE DOTYCZĄCE STUDIÓW (osoby studiujące na więcej niż jednym kierunku proszę o podanie wszystkich kierunków studiów):

9. Nr albumu
10. Kierunek i rok studiów
11. Rok rozpoczęcia studiów
12. Opiekun roku



13. Rodzaj studiów:

- a) Studia I stopnia
- b) Studia II stopnia
- c) Jednolite magisterskie
- d) Studia podyplomowe

14. Forma studiów:

- a) stacjonarne
- b) niestacjonarne

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEBIEGU STUDIÓW:

15. Dotychczasowe przerwy w studiach (proszę zaznaczyć rodzaj urlopu, jego długość oraz czas, w którym urlop miał miejsce):

- a) Zdrowotny.....
- b) Okolicznościowy
- c) Dziekański
- d) Inna przerwa w studiowaniu

16. Informacje dodatkowe :

(Proszę o wypisanie wszystkich ważnych informacji dotyczących funkcjonowania Pani/Pana na Uczelni, w tym informacji nt. przebiegu sesji, problemów pojawiających się w trakcie sesji, przedmiotów zaległych/niezaliczonych/przełożonych na kolejne semestry, wpisach warunkowych, itp.)

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

17. Informacje dotyczące dostosowania form zaliczeń do Pani/Pana zdrowia/możliwości zdrowotnych:

.....
.....

Projekt Przyjazna Uczelnia POWR.03.05.00-00-A090/19-00 Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój



18. Czy potrzebuje Pani/Pana wsparcia asystenta dydaktycznego w trakcie studiowania?
Proszę określić czas korzystania z pomocy:

.....

INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ORAZ STANU ZDROWIA:

19. Proszę podać datę ważności orzeczenia

20. Symbol niepełnosprawności

21. Stopień niepełnosprawności

- a) Znaczny
- b) Umiarkowany
- c) Lekki
- d) Brak orzeczonego stopnia

22. Typ niepełnosprawności:

- a) Narząd ruchu
- b) Narząd wzroku
- c) Narząd słuchu
- d) Z tytułu ogólnego stanu zdrowia
- e) Inny

23. Opis niepełnosprawności (Proszę opisać stan swojego zdrowia/niepełnosprawność/problemy wynikające z niepełnosprawności/ sposób poruszania się/ rodzaj używanego specjalistycznego sprzętu/sposób pisanie, czytania). Informacje mogą okazać się niezbędne przy doborze odpowiedniej pomocy):

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

24. Dokumentacja medyczna (proszę wymienić dokumenty udostępnione pracownikom BON Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych):

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



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



25. Proszę krótko scharakteryzować pomoc jaką oczekuje Pani/Pan od BON AMH:

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

Projekt Przyjazna Uczelnia POWR.03.05.00-00-A090/19-00 Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój



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 Akademia Medyczna Nauk Stosowanych Humanum ul Marcina Kasprzaka 49, 01-234 Warszawa
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych, odpowiadającego za prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: amh@amh.edu.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wsparcia studentów i słuchaczy studiów podyplomowych w Akademii Medycznej Nauk Stosowanych Humanum oraz za Pani/Pana zgodą, do realizacji badań społecznych dotyczących niepełnosprawności.
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 ządanie 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 oraz 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 Akademię Medyczną Nauk Stosowanych Humanum.

Data

Podpis

Projekt Przyjazna Uczelnia POWR.03.05.00-00-A090/19-00 Projekt
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu
Społecznego Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój