



FORMULARZ REJESTRACYJNY

dla osób ze szczególnymi potrzebami ubiegających się o pomoc w
Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych

DANE OSOBOWE

1. Nazwisko

2. Imię

3. Telefon

4. Adres e-mail

INFORMACJE DOTYCZĄCE STUDIÓW

6. Nr indeksu/nr albumu

7. Rok studiów, kierunek

(osoby studiujące na więcej niż jednym kierunku proszę o podanie wszystkich kierunków studiów)

.....

.....

.....

8. Poziom kształcenia (proszę zaznaczyć właściwy rodzaj studiów):

a) studia pierwszego stopnia

b) studia drugiego stopnia

c) studia jednolite magisterskie

9. Forma studiów

a) studia stacjonarne

b) studia niestacjonarne

10. Stopień niepełnosprawności (proszę zaznaczyć właściwy stopień niepełnosprawności orzeczonej przez komisję lekarską):

- a) znaczny
- b) umiarkowany
- c) lekki
- d) brak orzeczonego stopnia

11. Schorzenia specjalne* (proszę zaznaczyć właściwe, o ile dotyczy)

- | | |
|---|--|
| a) Choroba Parkinsona, <input type="checkbox"/> | f) nosicielstwo wirusa HIV oraz choroba AIDS, <input type="checkbox"/> |
| b) stwardnienie rozsiane, <input type="checkbox"/> | g) epilepsja, <input type="checkbox"/> |
| c) paraplegia, tetraplegia, hemiplegia, <input type="checkbox"/> | h) przewlekłe choroby psychiczne, <input type="checkbox"/> |
| d) znaczne upośledzenie widzenia (ślepotę) oraz niedowidzenie, <input type="checkbox"/> | i) upośledzenie umysłowe, <input type="checkbox"/> |
| e) głuchota i głuchoniemota, <input type="checkbox"/> | j) miastenia, <input type="checkbox"/> |
| | k) późne powikłania cukrzycy. <input type="checkbox"/> |

12. Opis innych problemów zdrowotnych

.....

.....

.....

.....

13. Trudności w studiowaniu (proszę opisać trudności pojawiające się podczas studiów, które spowodowały chęć skorzystania z pomocy lub trudności związane z procesem uczenia się)

.....

.....

.....

14. Rodzaj oczekiwanej pomocy

.....

.....

.....

/ Podpis /

/ Data /

Administrator danych

Administratorem Państwa danych przetwarzanych jest Akademia Medyczna Nauk Stosowanych i Holistycznych, ul. M. Kasprzaka 49, 01-234 Warszawa.

Z administratorem można kontaktować się:

- listownie: Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych, ul. M. Kasprzaka 49, 01-234 Warszawa;
- telefonicznie: 22 535 04 48

Inspektor Ochrony Danych (IOD)

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować mailowo pod adresem: zgloszenia@amh.edu.pl.

Z IOD można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Państwa danych osobowych przez Uczelnię oraz korzystania przez Państwa z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych.

Do zadań IOD nie należy natomiast realizacja innych spraw, jak np. udzielanie informacji o formach pomocy świadczonych przez Uczelnię w Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych.

Cele i podstawy prawne przetwarzania

Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu zapewnienia pomocy przez Akademię Medyczną Nauk Stosowanych i Holistycznych oraz stwarzanie osobom ze specjalnymi potrzebami warunków pełnego udziału w procesie kształcenia (w tym zapewnienia odbywania studiów według indywidualnej organizacji studiów) i prowadzenia działalności naukowej. Dokumentacja, którą Państwo przedstawiają jest podstawą do korzystania ze wszystkich form wsparcia, które oferuje Uczelnia kandydatom, studentom i pracownikom Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych z niepełnosprawnościami oraz trudnościami zdrowotnymi.

Przetwarzanie Państwa danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych, jakie spoczywają na Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych w związku z realizacją zadań określonych m.in. w Ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1571 z późn. zm.) wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych oraz wewnętrznych aktów wykonawczych obowiązujących w Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych, jak również z Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych sporządzonej w dniu 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169)- (art. 6 ust. 1 lit. c RODO¹).

Państwa dane osobowe mogą być również przetwarzane na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora, jakim jest prawo do ustalania, dochodzenia i obrony roszczeń (art. 6 ust. 1 lit. f RODO).

Wszystkie inne Państwa dane osobowe, które nie są wymagane do powyższych celów, mogą być przetwarzane na podstawie odrębnie wyrażonej przez Państwa zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).

Podstawę przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych (dane dotyczące zdrowia) stanowi art. 9 ust 2. lit. a RODO – zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych. Zgodę można wycofać w każdym czasie m.in. przez wysłanie maila na adres: biuro.niepelnosprawni@amh.edu.pl . Przypominamy, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:

- 1) prawo dostępu do danych osobowych;
- 2) prawo do sprostowania danych osobowych;
- 3) prawo do usunięcia danych osobowych;

¹ Rozporządzenie 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)

- 4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- 5) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
- 6) prawo do przenoszenia danych;
- 7) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 8) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego

Okres przechowywania danych

Państwa dane będą przetwarzane przez okres niezbędny do osiągnięcia wskazanego wyżej celu dot. zapewnienia niezbędnego wsparcia przez Uczelnię.

Gdy ma to zastosowanie, Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do ustalenia, dochodzenia i obrony roszczeń.

Odbiorcy danych

Dostęp do Państwa danych osobowych będą posiadać upoważnieni pracownicy lub współpracownicy Akademii Medycznej Nauk Stosowanych i Holistycznych w zakresie jakim dostęp ten jest niezbędny do wykonywania zadań służbowych.

Odbiorcami Państwa danych mogą być także podmioty, którym administrator zleci wykonanie określonych czynności, z którymi wiąże się konieczność przetwarzania danych osobowych. Aby zapewnić możliwie najwyższy standard ochrony danych osobowych z tymi podmiotami zostanie podpisana umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych.

Obowiązek podania danych i konsekwencja niepodania danych

Podanie danych jest niezbędne w celu zapewnienia wsparcia dla osób ze szczególnymi potrzebami.

KLAUZULA ZGODY

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, które obejmują szczególne kategorie danych osobowych w rozumieniu art. 9 ust. 1 RODO przez Akademię Medyczną Nauk Stosowanych i Holistycznych, z siedzibą przy ul. M. Kasprzaka 49, 01-234 Warszawa w celu zapewnienia pomocy przez Uczelnię w zakresie stwarzania warunków pełnego udziału w procesie przyjmowania na uczelnię w celu odbywania kształcenia (w tym zapewnienia odbywania studiów według indywidualnej organizacji studiów), kształcenia i prowadzenie działalności naukowej.

/ Podpis /

* o których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz. U. z 1998 r. Nr 124, poz. 820).