

**WNIOSEK O PRYZNANIE WSPARCIA
DLA STUDENTÓW/DOKTORANTÓW/PRACOWNIKÓW Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI
W ŚLĄSKIM UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM W KATOWICACH**

Dane osobowe

1. Imię i nazwisko:
2. Adres zameldowania:
3. Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zameldowania):
.....
4. Telefon kontaktowy:
5. Adres e-mail:
6. Numer albumu/ numer ewidencyjny pracownika:
7. Preferowana forma kontaktu:
☐ e-mail ☐ list
☐ telefon ☐ list z powiększoną czcionką

Informacje o studiach (wypełnia student/doktorant wnioskujący o wsparcie)

8. Wydział:
9. Kierunek studiów (w przypadku studentów)/dyscyplina (w przypadku doktorantów):
.....
10. Rok studiów/ rok kształcenia:
11. Poziom studiów:
☐ studia I stopnia ☐ jednolite studia magisterskie
☐ studia II stopnia ☐ Szkoła Doktorska
12. Forma studiów:
☐ studia stacjonarne ☐ studia niestacjonarne

Informacje o pracy (wypełnia pracownik wnioskujący o wsparcie)

13. Jednostka organizacyjna, Wydział:.....

14. Stanowisko:.....

Informacje o niepełnosprawności/przewlekłej chorobie

15. Przyczyna niepełnosprawności/przewlekłej choroby (proszę wskazać nazwę jednostki chorobowej):

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

16. Opis niepełnosprawności/ Opis dolegliwości związanych z przewlekłą chorobą lub z innymi okolicznościami, które są powodem złożenia wniosku (proszę krótko opisać swoją niepełnosprawność/chorobę/dysfunkcje oraz podać informacje na temat używanego sprzętu specjalistycznego, sposobie radzenia sobie z niepełnosprawnością/chorobą/trudnościami w funkcjonowaniu w życiu społecznym):

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

17. Trudność w studiowaniu lub w pracy (proszę wymienić problemy, z jakimi Pani/Pan spotkała się/spotkał się w czasie studiów/ kształcenia w Szkole Doktorskiej/ prowadzeniu działalności naukowej):

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

18. Rodzaj oczekiwanego wsparcia od Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (wraz ze wskazaniem czy wsparcie ma być udzielone jednorazowo czy na określony czas, nie dłuższy jednak niż bieżący rok kalendarzowy):

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

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Załączniki (zgodnie z § 5 ust 2 pkt 2, 3, 4, 5, 6 Regulaminu):

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

Zgodnie z art. 13 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 („RODO”) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach z siedzibą przy ul. Poniańskiego 15 w Katowicach (40-055).
2. Administrator danych osobowych powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod numerem telefonu (32) 208 35 71 lub adresem e-mail: bezpieczenstwo@sum.edu.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji postanowień niniejszego Regulaminu.
4. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, o której mowa w art. 6 ust. 1 lit. a) i art. 9 ust. 2 lit. a) RODO.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednakże stanowi warunek konieczny otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia przewidzianego niniejszym Regulaminem.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w imieniu administratora danych przez upoważnionych pracowników wyłącznie w celach, o których mowa w pkt. 3.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do przyznania i realizacji przyznanego Pani/Panu wsparcia zgodnie z niniejszym Regulaminem, wynoszący 2 lata.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa.
9. Na zasadach określonych przepisami RODO przysługuje Pani/Panu:
 - 1) prawo dostępu do treści swoich danych,
 - 2) prawo do ich sprostowania, gdy są niezgodne ze stanem rzeczywistym,
 - 3) prawo do ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także przenoszenia danych – w przypadkach przewidzianych prawem,
 - 4) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych,
 - 5) prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, co jednak pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wrażliwych przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia i realizacji złożonego przeze mnie wniosku o zastosowanie rozwiązań organizacyjnych umożliwiających mi pełne uczestniczenie w realizacji procesu kształcenia/ działalności naukowej.

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Opinia Dziekana/ Dyrektora Szkoły Doktorskiej (dotyczy wniosku studenta/doktoranta):

.....

.....

.....

.....
data, podpis, pieczęć Dziekana/ Dyrektora Szkoły Doktorskiej

Opinia Pełnomocnika Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnościami:

.....

.....

.....

.....
data, podpis, pieczęć Pełnomocnika Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnościami

Opinia Kwestora:

Posiadane przez Uczelnię środki w ramach dotacji pozwalają/nie pozwalają na udzielenie wsparcia.*
Inne uwagi:

.....

.....

.....

.....
data, podpis, pieczęć Kwestora

Decyzja Rektora SUM:

.....

.....

.....

.....
data, podpis, pieczęć Rektora

* niewłaściwe skreślić

.....
Data, miejscowość

WNIOSEK O PRYZNANIE WSPARCIA W POSTACI POMOCY ASYSTENTA

Dane osobowe

1. Imię i nazwisko:
2. Adres zameldowania:
3. Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zameldowania):
.....
4. Telefon kontaktowy:
5. Adres e-mail:
6. Numer albumu/ numer ewidencyjny pracownika:
7. Preferowana forma kontaktu:
☐ e-mail ☐ list
☐ telefon ☐ list z powiększoną czcionką

Informacje o studiach (wypełnia student/doktorant wnioskujący o wsparcie)

8. Wydział:
9. Kierunek studiów (w przypadku studentów)/dyscyplina (w przypadku doktorantów):
.....
10. Rok studiów/ rok kształcenia:
11. Poziom studiów:
☐ studia I stopnia ☐ jednolite studia magisterskie
☐ studia II stopnia ☐ Szkoła Doktorska
12. Forma studiów:
☐ studia stacjonarne ☐ studia niestacjonarne

Informacje o pracy (wypełnia pracownik wnioskujący o wsparcie)

13. Jednostka organizacyjna, Wydział:.....

14. Stanowisko:.....

Wnoszę o przyznanie wsparcia w postaci pomocy Asystenta dla osoby z niepełnosprawnościami w okresie:

.....
(proszę o wskazanie okresu, w jakim niezbędne będzie wsparcie, nie dłużej niż bieżący rok kalendarzowy)

Uzasadnienie (w szczególności proszę opisać swoją niepełnosprawność/chorobę/dysfunkcję, wskazać na czym ma polegać wsparcie Asystenta w czynnościach związanych z procesem kształcenia/działalnością naukową):

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

Sugeruję, aby Asystentem ustanowić: (Opcjonalne)

Imię i nazwisko:

Adres:

Numer telefonu:

Uzasadnienie wyboru osoby Asystenta:

.....
.....

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Załączniki (zgodnie z § 5 ust 2 pkt 2, 3, 4, 5, 6 Regulaminu):

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

Zgodnie z art. 13 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 („RODO”) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach z siedzibą przy ul. Poniatowskiego 15 w Katowicach (40-055).
2. Administrator danych osobowych powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod numerem telefonu (32) 208 35 71 lub adresem e-mail: bezpieczenstwo@sum.edu.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji postanowień niniejszego Regulaminu.
4. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, o której mowa w art. 6 ust. 1 lit. a) i art. 9 ust. 2 lit. a) RODO.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednakże stanowi warunek konieczny otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia przewidzianego niniejszym Regulaminem.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w imieniu administratora danych przez upoważnionych pracowników wyłącznie w celach, o których mowa w pkt. 3.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do przyznania i realizacji przyznanego Pani/Panu wsparcia zgodnie z niniejszym Regulaminem, wynoszący 2 lata.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa.
9. Na zasadach określonych przepisami RODO przysługuje Pani/Panu:
 - 1) prawo dostępu do treści swoich danych,
 - 2) prawo do ich sprostowania, gdy są niezgodne ze stanem rzeczywistym,
 - 3) prawo do ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także przenoszenia danych – w przypadkach przewidzianych prawem,
 - 4) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych,
 - 5) prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, co jednak pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku celem przyznania wsparcia w postaci pomocy Asystenta.

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Opinia Dziekana/ Dyrektora Szkoły Doktorskiej (dotyczy wniosku studenta/doktoranta):

.....

.....

.....

Data, podpis, pieczęć

Opinia Pełnomocnika Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnościami:

.....

.....

.....

Data, podpis, pieczęć

Opinia Kwestora:

Posiadane przez Uczelnię środki w ramach dotacji pozwalają/nie pozwalają* na udzielenie wsparcia w postaci pomocy Asystenta.

.....

Data, podpis, pieczęć

Decyzja Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach:

.....

.....

.....

Data, podpis, pieczęć

* niewłaściwe skreślić

.....
Imię i nazwisko studenta/doktoranta lub pracownika

.....
Numer albumu (w przypadku studenta/doktoranta)/
Numer ewidencyjny pracownika

.....
Imię i nazwisko Asystenta/Numer telefonu

HARMONOGRAM WSPARCIA ASYSTENTA

w okresie

za miesiąc/ce

L.P.	Data pełnienia asysty (DD/MM/RRRR)	Godziny pełnienia asysty (od-do)	Rodzaj asysty	Miejsce wykonania asysty	Podpis studenta/doktoranta lub pracownika
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności karnej, że wszystkie dane zawarte w niniejszym harmonogramie są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Data, czytelny podpis Asystenta

.....
Data, czytelny podpis studenta/doktoranta lub pracownika

.....
Data przyjęcia harmonogramu i podpis
Pełnomocnika Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnościami