

Załącznik nr 1 do Regulaminu podejmowania i finansowania z Funduszu Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami działań mających na celu stworzenie warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na uczelnię w celu odbywania kształcenia, w kształceniu oraz prowadzeniu działalności naukowej w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach

## 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:
  - a) e-mail
  - b) telefon
  - c) list
  - d) 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:
  - a) studia I stopnia
  - b) studia II stopnia
  - c) jednolite studia magisterskie
  - d) Szkoła Doktorska
12. Forma studiów:
  - a) studia stacjonarne
  - b) studia niestacjonarne

### Informacje o pracy (wypełnia pracownik wnioskujący o wsparcie)

13. Jednostka organizacyjna, Wydział: .....
14. Stanowisko:.....

**Informacje o niepełnosprawności/przewlekłej chorobie/szczególnej sytuacji zdrowotnej**

15. Przyczyna niepełnosprawności/przewlekłej choroby/szczególnej sytuacji zdrowotnej (proszę wskazać nazwę jednostki chorobowej/problemu zdrowotnego):

.....

16. Opis niepełnosprawności/ Opis dolegliwości związanych z przewlekłą chorobą, szczególną sytuacją zdrowotną lub z innymi okolicznościami, które są powodem złożenia wniosku (proszę krótko opisać swoją niepełnosprawność/chorobę/dysfunkcje/szczególną sytuację zdrowotną oraz podać informacje na temat używanego sprzętu specjalistycznego, sposobu 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, zgodnie z zapisami Regulaminu):

.....

.....

**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](mailto: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. Dostępności:**

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

.....  
*Data, podpis, pieczęć Pełnomocnika Rektora ds. Dostępności*

**Opinia Kwestora - w przypadku wnioskowania o wsparcie z udziałem środków w ramach dotacji:**

Posiadane przez Uczelnię środki w ramach dotacji pozwalają/nie pozwalają (proszę wybrać właściwe) na udzielenie wsparcia.

Inne uwagi:

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

.....  
*Data, podpis, pieczęć Kwestora*

**Decyzja Rektora ŚUM:**

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

.....  
*Data, podpis, pieczęć Rektora*