

Załącznik nr 2 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 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:
 - 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:.....

Wnoszę o przyznanie wsparcia w postaci pomocy Asystenta 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/ szczególną sytuację zdrowotną, wskazać na czym ma polegać wsparcie Asystenta w czynnościach związanych z procesem kształcenia/działalnością naukową):

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

Wskazuję, aby Asystentem ustanowić:

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. Dostępności:

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

Data, podpis, pieczęć

Opinia Kwestora:

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

.....

Data, podpis, pieczęć

Decyzja Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach:

.....

.....

.....

Data, podpis, pieczęć