Załącznik nr 2

do Regulaminu

# Wniosek o udzielenie wsparcia indywidualnego:

# przydzielenie asystenta osoby z niepełnosprawnościami / dodatkowych zajęć dydaktycznych\*

**w roku akademickim ………………………….. (wzór)**

Imię i nazwisko ………………………………………………..…………..

Nr albumu ……………………………………….………

Wydział…………………………………………………………………………………………………………………………

Kierunek………………………………………………………………………………………………………………………

Rok studiów…………………………………………………………………………………………………………………

**Tryb studiów: Rodzaj studiów:**

* jednolite magisterskie stacjonarne
* licencjackie (1°) niestacjonarne
* uzupełniające magisterskie (2°)
* doktoranckie
* pracownik

**Stopień niepełnosprawności: Symbol niepełnosprawności:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* znaczny
* umiarkowany
* lekki

Orzeczenie o niepełnosprawności wydane okresowo do dnia ……………../na stałe **\***

**Rodzaj schorzenia[[1]](#footnote-1):** chorobą Parkinsona / stwardnieniem rozsianym / paraplegią, tetraplegią, hemiplegią / znacznym upośledzeniem widzenia (ślepotą) oraz niedowidzeniem / głuchotą i głuchoniemotą / nosicielstwem wirusa HIV oraz chorobą AIDS / epilepsją / przewlekłymi chorobami psychicznymi / upośledzeniem umysłowym / miastenią / późnymi powikłaniami cukrzycy\*

Adres do korespondencji………………………………………………………………………………………………..........

Numer telefonu, adres e-mail...................................................................................................................

Zwracam się z prośbą o (rodzaj i nazwa pomocy) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na okres od dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Uzasadnienie konieczności przydzielenia asystenta/dodatkowych zajęć\*** (proszę szczegółowo opisać, dlaczego potrzebny jest asystent/dodatkowe zajęcia\*):

.………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….…………………………….……………………………………………………………………...…………..…………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Załączone dokumenty:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzona za zgodność z oryginałem
2. Kopia planu zajęć (w przypadku wnioskowania o przydzielenie asystenta)
3. Kopia dokumentów potwierdzających trudną sytuację zdrowotną
4. ………………………………………………………………………………………………………………………

## Oświadczenie

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych**

# 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Akademia Sztuk Pięknych im. Eugeniusza Gepperta we Wrocławiu, Plac Polski ¾, 50-156 Wrocław. Administrator danych osobowych powołał inspektora ochrony danych osobowych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: iodo@asp.wroc.pl;

# Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie zgody wyrażonej na mocy art. 6 ust. 1 lit. a ww. Rozporządzenia, w celu realizacji procesu przyznawania świadczeń z budżetu państwa studentom/doktorantom ASP im. E. Gepperta we Wrocławiu na podstawie ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r., poz. 1668),

# Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji celu, do jakiego zostały zebrane, o którym mowa w pkt. 2. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości przyznania świadczenia finansowanego z budżetu państwa.

# Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane w teczce akt osobowych w archiwum uczelni zgodnie z obowiązującymi przepisami.

# Odbiorcami Pani/Pana danych będą Rektor, pełnomocnik rektora ds. osób niepełnosprawnych oraz pracownicy ASP biorący udział w obsłudze administracyjnej związanej z procedurą przyznawania świadczeń.

# Posiada Pani/Pan prawo do: żądania dostępu do treści swoich danych osobowych, do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego (Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uzasadnione jest, że Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są przez Administratora Danych niezgodnie z ww. Rozporządzeniem.

# Pana/Pani dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

……………………………………………………………

Data i podpis wnioskodawcy

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*** na przyznanie wsparcia w formie asystenta osoby niepełnosprawnej/dodatkowych zajęć\*.

…………………………………………….

Data i podpis pełnomocnika rektora ds. osób z niepełnosprawnościami

\*Niepotrzebne skreślić

1. Schorzenia, 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). [↑](#footnote-ref-1)