

## **KWESTIONARIUSZ REJESTRACYJNY DLA STUDENTÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Osoby niepełnosprawne, pragnące korzystać z pomocy Centrum ds. Osób Niepełnosprawnych, proszone są o wypełnienie Kwestionariusza rejestracyjnego.

Celem badania jest wprowadzenie działań wspomagających kształcenie oraz właściwą realizację procesu kształcenia stosownie do stopnia i rodzaju niepełnosprawności.

Wszystkie informacje będą traktowane jako poufne.

### **I. DANE OSOBOWE**

1. Nazwisko.....
2. Imię.....
3. Nr PESEL .....
4. Adres zamieszkania.....

### **II. DANE NIEZBĘDNE DO UTRZYMANIA KONTAKTU**

1. Adres korespondencyjny z kodem pocztowym .....
- .....
2. Tel. Komórkowy.....
3. E-mail .....

### **III. INFORMACJE DOTYCZĄCE STUDIÓW**

1. Kierunek, semestr, specjalność: .....
- .....
2. Forma kształcenia:
  - studia I stopnia (licencjacie)
  - studia I stopnia (inżynierskie)
  - studia II stopnia (uzupełniające magisterskie)
  - studia podyplomowe

3. Forma studiów:

- studia stacjonarne
- studia niestacjonarne

4. Dotychczasowe przerwy w studiowaniu (rodzaj przerwy, długość i rok akademicki w którym przerwa w studiowaniu miała miejsce):

- urlop zdrowotny .....
- urlop dziekański .....
- urlop okolicznościowy.....
- inna przerwa w studiach.....

#### IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI lub CHOROBY

1. Stopień niepełnosprawności (zgodnie z orzeczeniem komisji lekarskiej):

- stopień znaczny
- stopień umiarkowany
- stopień lekki
- brak orzeczonego stopnia

2. Typ niepełnosprawności:

- narząd ruchu
- narząd wzroku
- narząd słuchu
- z tytułu ogólnego stanu zdrowia
- inna (jaka?) .....

3. Opis niepełnosprawności

(proszę krótko opisać swoją niepełnosprawność uwzględniając w szczególności takie informacje, które mogą okazać się ważne przy doborze odpowiedniej pomocy):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Czy używa Pan/Pani sprzętu rehabilitacyjnego/medycznego lub specjalistycznego? (proszę krótko opisać jakiego sprzętu Pan/Pani używa):

.....

.....

.....

.....

5. Czy pojawiają się u Pan/Pani trudności w studiowaniu / wykonywaniu zadań związanych z uczeniem się? (proszę krótko opisać jakie trudności występują):

6. Dokumentacja medyczna (proszę wskazać, jakie dokumenty udostępni Pan/Pani Koordynatorowi ds. Osób Niepełnosprawnych)

orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

inne (jakie?) .....

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

## V. TRUDNOŚCI W STUDIOWANIU

1. Jakie trudności spowodowały chęć skorzystania z pomocy Centrum ds. Osób Niepełnosprawnych?

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

2. Rodzaj oczekiwanej pomocy (proszę krótko napisać, jakiej pomocy oczekuje Pan/Pani)

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

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Akademia WSB z siedzibą w Dąbrowie Górniczej (41-300) przy ul. Zygmunta Cieplaka 1c.
2. Funkcję Inspektora Ochrony Danych w Akademia WSB pełni mgr Martyna Kucharska-Staszal, z którą można się kontaktować w siedzibie uczelni lub pod adresem mail [iod@wsb.edu.pl](mailto:iod@wsb.edu.pl).
3. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie dobrowolnej zgody. Dane nie będą udostępniane innym odbiorcom.
4. Ma Pani/Pan prawo żądać od administratora danych dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania – w granicach prawem dozwolonych. Ma także Pani/Pan prawo wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych, cofnąć zgodę na ich przetwarzanie w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
5. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych nie będzie następować zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie.
6. Każda osoba, której dane dotyczą, ma prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest **Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych**, jeżeli sądzi, że przetwarzanie danych osobowych jej dotyczące narusza postanowienia Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016r. 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).

---

/Data/

---

/ Podpis/

**Na podstawie Artykułu 6 Punkt 1 litera a 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych):**

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych w tym na wykorzystanie podanych przeze mnie w niniejszej ankiecie informacji w celu udzielenia mi niezbędnej pomocy przez Centrum ds. Osób Niepełnosprawnych Akademii WSB  
(nie wyrażenie zgody oznacza rezygnację z udziału w postępowaniu o udzielenie niezbędnej pomocy przez Centrum ds. Osób Niepełnosprawnych Akademii WSB).

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie niezbędnej dokumentacji medycznej w celu udzielenia mi niezbędnej pomocy przez Centrum ds. Osób Niepełnosprawnych Akademii WSB.  
(nie wyrażenie zgody oznacza rezygnację z udziału w postępowaniu o udzielenie niezbędnej pomocy przez Centrum ds. Osób Niepełnosprawnych Akademii WSB).

Wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych dotyczących studentów i absolwentów niepełnosprawnych prowadzonych przez Akademię WSB.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji drogą elektroniczną dotyczących studentów niepełnosprawnych i organizowanych dla nich przedsięwzięć przez Akademię WSB w tym informacji handlowych oraz marketingowych o ofertach i przedsięwzięciach organizowanych przez Akademię WSB lub przez podmioty współpracujące z Akademią WSB

\_\_\_\_\_  
/Data/

\_\_\_\_\_  
/ Podpis/

\*należy zaznaczyć jeśli Pani/Pan wyrażają zgodę w podanym zakresie