

WNIOSEK O PRYZYKNANIE WSPARCIA REALIZOWANEGO PRZEZ BON

Studenci/doktoranci/pracownicy z niepełnosprawnością oraz/lub ze specjalnymi potrzebami, pragnący skorzystać ze wsparcia Biura ds. Osób z Niepełnosprawnością proszone są o wypełnienie niniejszego wniosku.

I. DANE OSOBOWE

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

II. DANE KONTAKTOWE

1. Telefon.....
2. E-mail

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE STUDIÓW (dot. Studentów i Doktorantów)

1. Wydział
2. Kierunek
3. Semestr
4. Specjalność
5. Numer albumu

6. Forma kształcenia:

- studia I stopnia (licencjackie/inżynierskie)
- studia I stopnia (inżynierskie)
- studia II stopnia (uzupełniające magisterskie)
- studia jednolite magisterskie
- Szkoła Doktorska

7. Forma studiów:

- studia stacjonarne
- studia niestacjonarne

IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA (dot. Pracowników)

1. Stanowisko.....
.....
2. Dział.....

V. INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB CHOROBY LUB SPECJALNYCH POTRZEB

1. Stopień niepełnosprawności (zgodnie z orzeczeniem):

- 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/choroby/specjalnych potrzeb

(proszę krótko opisać swoją niepełnosprawność, chorobę, specjalne potrzeby uwzględniając informacje, które mogą okazać się ważne przy doborze odpowiedniego wsparcia):

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

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/ pracą? (proszę krótko opisać jakie trudności występują):

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

orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

inne (jakie?)

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

VI. OKREŚLENIE POTRZEB

1. Rodzaj oczekiwanej pomocy (proszę krótko scharakteryzować pomoc jakiej Pan/Pani oczekuje)

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

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią obowiązku informacyjnego o warunkach przetwarzania moich danych osobowych w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania moich danych osobowych oraz przysługujących mi uprawnieniach

/Data/

/ Podpis/

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych w tym na wykorzystanie podanych przeze mnie w niniejszym Wniosku o przyznanie wsparcia realizowanego przez Biuro ds. osób z niepełnosprawnościami informacji niezbędnych do złożenia wniosku o udzielenie wsparcia i rejestracji niezbędnej do udzielenia specjalnego wsparcia dedykowanego osobom z niepełnosprawnościami/chorobami lub specjalnymi potrzebami uzasadniającymi udzielenie takiego wsparcia to jest w celu udzielenia mi niezbędnej pomocy przez Biuro ds. osób z niepełnosprawnością Akademii WSB **(nie wyrażenie zgody oznacza rezygnację z udziału w postępowaniu o udzielenie niezbędnej pomocy przez Biuro ds. osób z niepełnosprawnością Akademii WSB).**

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na gromadzenie i przechowywanie niezbędnej dokumentacji medycznej w celu udzielenia mi niezbędnej pomocy przez Biuro ds. osób z niepełnosprawnościami Akademii WSB. **(nie wyrażenie zgody oznacza rezygnację z udziału w postępowaniu o udzielenie niezbędnej pomocy przez Biuro ds. osób z niepełnosprawnościami Akademii WSB).**

Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych dotyczących zdrowia to jest informacji o stopniu i rodzaju niepełnosprawności /choroby lub specjalnych potrzeb, które uzasadniają złożenie wniosku o przyznanie wsparcia realizowanego przez Biuro ds. osób z niepełnosprawnościami oraz umożliwiają udzielenie mi określonego wsparcia potrzebnego z uwagi na stopień i rodzaj niepełnosprawności/choroby lub specjalne potrzeby.

(nie wyrażenie zgody oznacza rezygnację z udziału w postępowaniu o udzielenie niezbędnej pomocy przez Biuro ds. osób z niepełnosprawnością Akademii WSB).

Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych w celu otrzymywania informacji drogą elektroniczną za pośrednictwem adresu e-mail lub SMS, dotyczących przedsięwzięć organizowanych przez Akademię WSB dla niepełnosprawnych studentów/doktorantów/pracowników w tym informacji handlowych oraz marketingowych o innych ofertach i przedsięwzięciach organizowanych przez Akademię WSB lub przez podmioty współpracujące z Akademią WSB

/Data/

/ Podpis/

Obowiązek Informacyjny o warunkach przetwarzania danych osobowych:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Akademia WSB z siedzibą w Dąbrowie Górniczej 41-300, przy ul. Ciepłaka 1C. Może Pan/Pani skontaktować się z nami, wysyłając wiadomość e-mail na adres: rektorat@wsb.edu.pl lub dzwoniąc pod numer tel. +48 32 262-28-05.
2. Informujemy Pana/Panią o wyznaczeniu Inspektora Ochrony Danych Osobowych, którego funkcję pełni mgr Martyna Kucharska-Staszek, może Pan/Pani się z nim skontaktować wysyłając wiadomość e-mail na adres: iod@wsb.edu.pl lub dzwoniąc pod numer telefonu +48 513-457-575.
3. Pana/Pani dane osobowe:
 - a. wskazane w części I, II, III oraz IV Wniosku o przyznanie wsparcia realizowanego przez Biuro ds. osób z niepełnosprawnościami Akademii WSB będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust.1 lit. a RODO to jest w celu złożenia wniosku niezbędnego do udzielenia wsparcia i rejestracji niezbędnej do udzielenia specjalnego wsparcia dedykowanego osobom z niepełnosprawnościami/chorobami lub specjalnymi potrzebami, uzasadniającymi udzielenie takiego wsparcia to jest w celu udzielenia niezbędnej pomocy przez Biuro ds. osób z niepełnosprawnością Akademii WSB;
 - b. wskazane w części V i VI Wniosku o przyznanie wsparcia realizowanego przez Biuro ds. osób z niepełnosprawnością Akademii WSB będą przetwarzane na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a RODO to jest w celu ustalenia stopnia i rodzaju niepełnosprawności/choroby lub specjalnych potrzeb, które uzasadniają złożenie wniosku o przyznanie wsparcia realizowanego przez Biuro ds. osób z niepełnosprawnością Akademii WSB oraz umożliwiają udzielenie określonego wsparcia potrzebnego z uwagi na stopień i rodzaj niepełnosprawności/choroby lub specjalne potrzeby;
 - c. wskazane w części II Wniosku o przyznanie wsparcia realizowanego przez Biuro ds. osób z niepełnosprawnością Akademii WSB, będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust.1 lit. a RODO to jest w celu otrzymywania informacji drogą elektroniczną za pośrednictwem adresu e-mail lub SMS, dotyczących przedsięwzięć organizowanych przez Akademię WSB dla niepełnosprawnych studentów/doktorantów/pracowników w tym informacji handlowych oraz marketingowych o ofertach i przedsięwzięciach organizowanych przez Akademię WSB lub przez podmioty współpracujące z Akademią WSB.
4. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą:

- a. pracownicy uczelni lub osoby zatrudnione przez Administratora na podstawie umów cywilnoprawnych – na podstawie udzielonych przez Administratora upoważnień do przetwarzania danych osobowych na podstawie art. 29 RODO.
- b. podmioty współpracujące z Akademią WSB i przetwarzające dane osobowe na podstawie wcześniej zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych zgodnie z art. 28 ust. 3 RODO;
- b. organy i podmioty działające na podstawie i w celach określonych wedle powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
5. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane na podstawie zgody to jest na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO, będą przechowywane do czasu cofnięcia zgody lub ustania celu przetwarzania, o których mowa w pkt 3. Cofnięcie zgody na przetwarzanie danych osobowych nie wpływa na zgodność z prawem dotychczasowego przetwarzania tych danych na tej podstawie.
7. Podanie danych osobowych wskazanych we Wniosku o przyznanie wsparcia realizowanego przez Biuro ds. osób z niepełnosprawnością Akademii WSB jest dobrowolne, ale konieczne dla realizacji celów jakimi są:
- a. złożenie wniosku niezbędnego do udzielenia wsparcia i rejestracji niezbędnej do udzielenia ze specjalnego wsparcia dedykowanego osobom z niepełnosprawnościami/chorobami lub specjalnymi potrzebami uzasadniającymi udzielenie takiego wsparcia to jest w celu udzielenia niezbędnej pomocy przez Biuro ds. osób z niepełnosprawnością Akademii WSB;
- b. ustalenie stopnia i rodzaju niepełnosprawności/choroby/ specjalnych potrzeb, które uzasadniają złożenie wniosku o przyznanie wsparcia realizowanego przez Biuro ds. osób z niepełnosprawnościami oraz umożliwiają udzielenie określonego wsparcia potrzebnego z uwagi na stopień i rodzaj niepełnosprawności/choroby lub specjalne potrzeby.
8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne. Niepodanie przez Pana/Panią danych osobowych wskazanych we Wniosku o przyznanie wsparcia realizowanego przez Biuro ds. osób z niepełnosprawnością Akademii WSB, skutkować będzie niemożliwością złożenia przez Pana/Panią Wniosku o przyznanie wsparcia realizowanego przez Biuro ds. osób z niepełnosprawnością Akademii WSB oraz niemożliwością udzielenia takiego wsparcia innymi słowy brak wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych wskazanych we wniosku oznacza rezygnację z udziału w postępowaniu o udzielenie niezbędnej pomocy przez Biuro ds. osób z niepełnosprawnością Akademii WSB.
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne. Brak wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu o którym mowa w pkt 3 lit. c nie wpływa na realizację celów o których mowa w pkt. 3 lit. a i b.
10. Udostępnione przez Pana/Panią dane osobowe, nie będą podlegały przetwarzaniu w sposób zautomatyzowany i nie będą podstawą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
10. Administrator nie będzie przekazywać Pana/Pani danych osobowych do państwa trzeciego.
11. W związku z przetwarzaniem przez Administratora Pana/Pani danych osobowych, przysługuje Panu/Pani:
- a. prawo do żądania dostępu do treści danych osobowych - art. 15 RODO;
- b. prawo do żądania sprostowania danych osobowych - art. 16 RODO;
- c. prawo do żądania usunięcia danych osobowych - art. 17 RODO;
- d. prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych - art. 18 RODO;
- e. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych - art. 21 RODO;
- f. prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody na przetwarzanie danych osobowych nie wpływa na zgodność z prawem dotychczasowego przetwarzania tych danych;
- g. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, kancelaria@uodo.gov.pl (zgodnie z art. 77 RODO).

/Data/

/ Podpis/

DECYZJA PEŁNOMOCNIKA DS. OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ, DOTYCZĄCA
PRYZNANEGO WSPARCIA

Opinia:

Wniosek należy uznać za zasadny/niezasadny* gdyż:

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

Wnioskodawcy należy przyznać wsparcie w zakresie:

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

w liczbie godzin (jednorazowo/miesięcznie)
na okres

/Data/

/ Podpis/