Załącznik nr 1 do Regulaminu Centrum Osób o Szczególnych Potrzebach (COSP)

# Wniosek o przyznanie wsparcia realizowanego przez COSP

Interesariusze/Interesariuszki Akademii WSB ze szczególnymi potrzebami, pragnący skorzystać ze wsparcia Centrum Osób o Szczególnych Potrzebach proszeni/proszone są o wypełnienie niniejszego wniosku.

## Dane Osobowe

1. Imię: Proszę wpisać imię.
2. Nazwisko: Proszę wpisać nazwisko.
3. Adres korespondencyjny: Proszę wpisać adres.

## Dane Kontaktowe

1. Telefon: Proszę wpisać numer telefonu.
2. E-mail: Proszę wpisać adres e-mail.

## Jestem:

[ ] **studentem/-kom:**

Wydział: Proszę wpisać wydział.

Kierunek: Proszę wpisać kierunek.

Semestr: Proszę uzupełnić semestr.

Specjalność: Proszę uzupełnić specjalność.

Numer albumu: Proszę wpisać numer albumu.

Forma kształcenia:

[ ] studia I stopnia (licencjackie/inżynierskie),

[ ]  studia II stopnia (uzupełniające magisterskie),

[ ]  studia jednolite magisterskie,

Forma studiów:

[ ]  studia stacjonarne,

[ ]  studia niestacjonarne.

[ ] **pracownikiem:**

Stanowisko: Proszę wpisać stanowisko.

Dział: Proszę wpisać dział.

[ ] **innym/-ną interesariuszem/-ką Uczelni:**

[ ]  student/-ka Uniwersytetu Trzeciego Wieku,

[ ]  student/-ka Uniwersytetu Dziecięcego/Młodzieżowego (formularz wypełnia rodzic lub opiekun prawny),

[ ]  słuchacz/-ka studiów podyplomowych,

[ ]  doktorant/-ka,

[ ]  słuchacz/-ka seminarium doktorskiego,

[ ]  uczestnik/czka szkoleń i kursów,

[ ]  kandydat/ka na studia (osoba będąca w trakcie rekrutacji).

## Oświadczam, że jestem osobą, doświadczającą trudności w zakresie dostępności:

[ ]  **posiadam orzeczenie o niepełnosprawności** wydane przez uprawnione organy lub inne równoważne orzeczenie, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2024, poz. 44, z późn. zm.) – konieczne jest załączenie kopii orzeczenia do wniosku,

[ ]  **doświadczam długotrwałych trudności w funkcjonowaniu fizycznym,** **psychicznym, poznawczym, sensorycznym lub społecznym**, które – w interakcji z barierami – mogą ograniczać pełny i skuteczny udział w życiu akademickim, na zasadzie równości z innymi (zgodnie z Konwencją ONZ o prawach osób z niepełnosprawnościami, Dz.U. 2012, poz. 1169),

[ ]  **nie wykazuję formalnego orzeczenia, ale zgłaszam szczególne potrzeby** (zgodnie z art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami), które ze względu na moje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduję, muszę podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia barier, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami, w szczególności potrzebami wynikającymi ze stanu zdrowia.

## Opis szczególnych potrzeb i rodzaj oczekiwanej pomocy

1. Zgłaszane przeze mnie szczególne potrzeby wynikają z:

Proszę krótko opisać swoje szczególne potrzeby uwzględniając informacje, które mogą okazać się ważne przy doborze odpowiedniego wsparcia.

1. Czy używa Pan/Pani sprzętu rehabilitacyjnego/medycznego lub specjalistycznego?
Jeśli tak - proszę krótko opisać jakiego sprzętu Pan/Pani używa.
2. Czy pojawiają się u Pana/Pani trudności w studiowaniu i/lub wykonywaniu zadań związanych z codziennym funkcjonowaniem (nauką/pracą)?
Proszę krótko opisać jakie trudności u Pana/Pani występują.
3. Rodzaj oczekiwanej pomocy Proszę krótko scharakteryzować pomoc jakiej Pan/Pani oczekuje.

[ ]  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 Centrum Osób o Szczególnych Potrzebach informacji niezbędnych do złożenia wniosku o udzielenie wsparcia i rejestracji niezbędnej do udzielenia szczególnego wsparcia dedykowanego osobom z niepełnosprawnościami i/lub szczególnymi potrzebami uzasadniającymi udzielenie takiego wsparcia to jest w celu udzielenia mi niezbędnej pomocy przez Centrum Osób o Szczególnych Potrzebach Akademii WSB **- nie wyrażenie zgody oznacza rezygnację z udziału w postępowaniu o udzielenie niezbędnej pomocy przez** **Centrum Osób o Szczególnych Potrzebach Akademii WSB.**

[ ]  Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na gromadzenie i przechowywanie niezbędnej dokumentacji medycznej w celu udzielenia mi niezbędnej pomocy przez Centrum Osób o Szczególnych Potrzebach Akademii WSB - **niewyrażenie zgody oznacza rezygnację z udziału w postępowaniu o udzielenie niezbędnej pomocy przez Centrum Osób o Szczególnych Potrzebach Akademii WSB.**

[ ]  Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych dotyczących zdrowia to jest informacji o stopniu i rodzaju niepełnosprawności/choroby i/lub szczególnych potrzeb, które uzasadniają złożenie wniosku o przyznanie wsparcia realizowanego przez Centrum Osób o Szczególnych Potrzebach oraz umożliwiają udzielenie mi określonego wsparcia potrzebnego z uwagi na stopień i rodzaj niepełnosprawności/choroby lub szczególnej potrzeby **- nie wyrażenie zgody oznacza rezygnację z udziału w postępowaniu o udzielenie niezbędnej pomocy przez Centrum Osób o Szczególnych Potrzebach 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 studentów/doktorantów/pracowników/słuchaczy z niepełnosprawnością i/lub szczególnymi potrzebami, w tym informacji handlowych oraz marketingowych o innych ofertach i przedsięwzięciach organizowanych przez Akademię WSB lub przez podmioty współpracujące z Akademią WSB.

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.

Oświadczam, że wszystkie dane podane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.

**Data:** Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.

**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. Cieplaka 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 dr Krystian Mączka, może Pan/Pani się z nim skontaktować wysyłając wiadomość e-mail na adres: iod@wsb.edu.pl lub dzwoniąc pod numer telefonu +48 32 111 01 80.
3. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane:
	1. na podstawie art. 6 ust.1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO to jest w celu złożenia wniosku niezbędnego do udzielenia wsparcia i rejestracji niezbędnej do udzielenia szczególnego wsparcia dedykowanego osobom z niepełnosprawnościami/lub szczególnymi potrzebami, uzasadniającymi udzielenie takiego wsparcia to jest w celu udzielenia niezbędnej pomocy oraz w celu ustalenia stopnia i rodzaju niepełnosprawności/ lub szczególnych potrzeb, które uzasadniają złożenie wniosku o przyznanie wsparcia realizowanego przez Centrum Osób o Szczególnych Potrzebach Akademii WSB oraz umożliwiają udzielenie określonego wsparcia potrzebnego z uwagi na stopień i rodzaj niepełnosprawności/ lub szczególne potrzeby;
	2. 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 studentów/doktorantów/pracowników/słuchaczy z niepełnosprawnością/lub szczególnymi potrzebami, w tym informacji handlowych oraz marketingowych o ofertach i przedsięwzięciach organizowanych przez Akademię WSB lub przez podmioty współpracujące z Akademią WSB (w przypadku wyrażania na to zgody w formularzu – nieobowiązkowe).
4. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą:
5. 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.
6. 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;
7. organy i podmioty działające na podstawie i w celach określonych wedle powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
8. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane na podstawie zgody to jest na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i f 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.
9. Podanie danych osobowych wskazanych we Wniosku o przyznanie wsparcia realizowanego przez Centrum Osób o Szczególnych Potrzebach Akademii WSB jest dobrowolne, ale konieczne dla realizacji celów jakimi są:
	1. 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 Centrum Osób o Szczególnych Potrzebach Akademii WSB;
	2. ustalenie stopnia i rodzaju niepełnosprawności/choroby/ specjalnych potrzeb, które uzasadniają złożenie wniosku o przyznanie wsparcia realizowanego przez Centrum Osób o Szczególnych Potrzebach oraz umożliwiają udzielenie określonego wsparcia potrzebnego z uwagi na stopień i rodzaj niepełnosprawności/choroby lub specjalne potrzeby,
	3. cele statystyczne na potrzeby Akademii WSB.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne. Niepodanie przez Pana/Panią danych osobowych wskazanych we Wniosku o przyznanie wsparcia realizowanego przez Centrum Osób o Szczególnych Potrzebach Akademii WSB, skutkować będzie niemożliwością złożenia przez Pana/Panią Wniosku o przyznanie wsparcia realizowanego przez Centrum Osób o Szczególnych Potrzebach 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 Centrum Osób o Szczególnych Potrzebach Akademii WSB.
11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne. Brak wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu, o którym mowa w pkt 3 lit. b nie wpływa na realizację celów, o których mowa w pkt. 3 lit. a.
12. Udostępnione przez Pana/Panią dane osobowe, nie będą podlegały przetwarzaniu w sposób zautomatyzowany i nie będą podstawą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
13. Administrator nie będzie przekazywać Pana/Pani danych osobowych do państwa trzeciego.
14. W związku z przetwarzaniem przez Administratora Pana/Pani danych osobowych, przysługuje Panu/Pani:
15. prawo do żądania dostępu do treści danych osobowych - art. 15 RODO;
16. prawo do żądania sprostowania danych osobowych - art. 16 RODO;
17. prawo do żądania usunięcia danych osobowych - art. 17 RODO;
18. prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych - art. 18 RODO;
19. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych - art. 21 RODO;
20. 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;
21. 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:** Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.

**Podpis:**

**Decyzja Pełnomocnika ds. osób o szczególnych potrzebach dotycząca przyznanego wsparcia**

Opinia: Wypełnia Pełnomocnik ds. osób o szczególnych potrzebach.

Wniosek należy uznać za zasadny/niezasadny\* gdyż: Wypełnia Pełnomocnik ds. osób o szczególnych potrzebach.

**Wnioskodawcy należy przyznać wsparcie w zakresie:** Wypełnia Pełnomocnik ds. osób o szczególnych potrzebach. **w liczbie godzin** Wypełnia Pełnomocnik ds. osób o szczególnych potrzebach. **(jednorazowo/miesięcznie) na okres** Wypełnia Pełnomocnik ds. osób o szczególnych potrzebach.

**Data:** Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.

**Podpis:**