

## WNIOSEK O PRYZNANIE WSPARCIA ASYSTENT STUDENTA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

### I. Dane osobowe studenta

Imię i nazwisko:

.....

Adres do korespondencji .....

.....

Adres zamieszkania .....

.....

Tel.: ..... e-mail: .....

Numer albumu: ..... Rodzaj studiów: I stopień: I II III

II stopień: I II

Studia podyplomowe

Kierunek studiów:

.....

Rodzaj studiów: stacjonarne/niestacjonarne

### II. Stopień i rodzaj niepełnosprawności oraz krótki opis trudności wynikających z niepełnosprawności:

.....

.....

.....

### III. Wskazanie potrzeb w procesie kształcenia wynikających z niepełnosprawności lub :

.....

.....

.....

### IV. Okres wnioskowania o usługę:

Od ..... do .....

### V. Oczekiwana pomoc od asystenta (zakres wsparcia):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że zawarte we wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

\_\_\_\_\_  
(data przyjęcia wniosku i podpis pracownika)

\_\_\_\_\_  
(data i podpis wnioskodawcy)

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**  
w celu świadczenia usług wsparcia studentom z niepełnosprawnością.

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 - ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej RODO (Dz.U. UE L 119/1 z 04.05.2016) informuję, że:

**Administrator Danych**

Administratorem Twoich danych osobowych będzie Wyższa Szkoła Języków Obcych im. Samuela Bogumiła Lindego z siedzibą przy ul. Różanej 17A, 61-545 Poznań NIP 778-13-81-471 REGON 634513444

**Inspektor Ochrony Danych:**

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym możesz się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych i realizacji swoich praw przez e-mail [iod@wsjo.pl](mailto:iod@wsjo.pl)

**Cele i podstawy przetwarzania:**

Dane osobowe przetwarzamy na podstawie artykułu 6.1 lit. B) i C) RODO tj.: w celu świadczenia usług wsparcia studentów z niepełnosprawnością do których jesteśmy zobligowani ustawą z dnia 20.07.2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz na podstawie artykułu 9.2 it. a RODO tj. na podstawie zgody.

**Kategorie Twoich danych, które przetwarzamy:**

Imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL, numer telefonu, adres email, numer albumu, wykształcenie, szczególne kategorie danych osobowych: stan zdrowia, stopień i rodzaj niepełnosprawności oraz czas trwania niepełnosprawności.

**Odbiorca danych:**

Twoje dane osobowe nie są udostępniane innym kategoriom podmiotów.

**Przekazywanie danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych:**

Nie przekazujemy Twoich danych poza teren Polski, Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

**Okres przechowywania danych:**

Twoje dane przechowujemy przez okres 50 lat liczonych od daty ukończenia studiów.

**Twoje prawa:**

Przysługuje Ci:

- a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
- b) prawo do sprostowania swoich danych,
- c) prawo do usunięcia danych,
- d) prawo ograniczenia przetwarzania danych,
- e) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
- f) prawo do przenoszenia danych,
- g) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 w Warszawie [www.uodo.gov.pl](http://www.uodo.gov.pl),
- h) prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych

W celu realizacji swoich praw, prosimy abyś zgłosił przysługujące Tobie żądanie Inspektorowi Ochrony Danych [iod@wsjo.pl](mailto:iod@wsjo.pl)

**Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych**

Podane przez Ciebie dane jest warunkiem umożliwiającym złożenie wniosku o wsparcie dla osób z niepełnosprawnościami. Jeżeli nie podasz danych: Nie będziesz miał możliwości złożenia wniosku o wsparcie dla osób z niepełnosprawnościami.

**Informacja o źródle danych**

Dane pochodzą od osoby, której dane dotyczą.

Zapoznałem się z w/w informacjami oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w tym szczególnych danych osobowych dotyczących mojego zdrowia zgodnie z artykułem 9.2 lit. a RODO.

.....  
(data i podpis)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Zasadami udzielania wsparcia asystenta wprowadzonymi przez Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami obowiązującego w Wyższej Szkole Języków Obcych im. Samuela Bogumiła Lindego w Poznaniu

.....  
(DATA)

.....  
(PODPIS STUDENTA)

### OPINIA BIURA DS. OSÓB Z NIEPELNOSPRAWNOŚCIAMI:

W dniu ..... Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami przyznaje wsparcie/nie przyznaje  
wsparcia studentce/owi ..... nr albumu  
..... kierunek studiów  
.....

Wymiar przyznanego wsparcia:

.....  
..... na okres ..... (od ..... do  
.....).

**Uzasadnienie:**

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

\_\_\_\_\_  
(podpis pracownika BON)