

ZGŁOSZENIE ZAINTERESOWANIA PEŁNIENIEM FUNKCJI ASYSTENTA

DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Telefon E-mail

Numer albumu

Tryb, rok i kierunek studiów

DOŚWIADCZENIE

1. A) Mój kontakt z osobami z niepełnosprawnością polegał na

.....

.....

.....

.....

B) Nie miałem kontaktu z osobami z niepełnosprawnością

2. Proszę opisać własne umiejętności, zdolności, cechy, które mogą pomóc przy współpracy z niepełnosprawnym studentem (np. empatia, cierpliwość, wiedza w zakresie pierwszej pomocy itp.)

.....

.....

.....

.....

3. Proszę opisać posiadane kwalifikacje lub doświadczenie, które mogą pomóc przy współpracy z niepełnosprawnym studentem (np. wcześniejsze pełnienie funkcji asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekuna osoby niepełnosprawnej, wolontariaty i szkolenia itp.)

.....

.....

.....
.....

PREFERENCJE

1. Chciałbym/abym pracować na rzecz osoby z niepełnosprawnością
 - a) Wzroku, b) słuchu, c) ruchu, d) inną e) rodzaj niepełnosprawności nie ma dla mnie znaczenia
 - b) Zakres zadań, których mogę się podjąć:
 - a. asysta w przemieszczaniu się po budynku i/ub w dotarciu do budynku
 - b. asysta w wykonywaniu notatek
 - c. asysta w korzystaniu z zasobów bibliotecznych
 - d. pomoc w aktualizowaniu informacji o zadaniach i formalnościach (np. w dziekanacie) wynikających z toku studiów
 - e. towarzyszenie w załatwianiu spraw formalnych np. w dziekanacie lub elektronicznym portalu obsługi studenta
 - f. inne (jakie?).....

2. Czas (wyrażony w godzinach tygodniowo, preferowanych dniach tygodniach oraz porach dnia) , w którym mogę podjąć się pracy w formie asystenta osoby niepełnosprawnej

.....
.....

INFORMACJE DODATKOWE

1. Zainteresowania

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

2. Informacje, które mogłyby być przydatne w dopasowaniu asystenta do potrzeb osoby z niepełnosprawnością

.....
.....