Formularz 1 do Załączników nr 2 i 3

**Wniosek studenta / doktoranta**

**z niepełnosprawnościami o przyznanie asystenta /**

**tłumacza języka migowego**

# Proszę o przyznanie:

1. usługi asystenta osoby z niepełnosprawnościami\*
2. usługi tłumacza języka migowego

 *\*niepotrzebne skreślić*

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko osobyz niepełnosprawnościami |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres mailowy |  |
| Numer albumu  |  |
| Wydział / kierunek studiów / stopień / rok / specjalność / forma |  |
| Szkoła Doktorska dziedzina / dyscyplina / rok |  |
| Stopień niepełnosprawności |  |
| Rodzaj niepełnosprawności,zgodnie z orzeczeniem |  |
| Porusza się Pan/i*(proszę podkreślić właściwą odpowiedź obok)* | * samodzielnie
* z pomocą sprzętów ortopedycznych
* nie poruszam się samodzielnie
 |
| Ograniczenia wynikające z niepełnosprawności |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Zdolność do samodzielnejegzystencji: | Komunikowanie się |
| Zdolność do samodzielnejegzystencji: | Samoobsługa |
| Proponowana kandydatura asystenta osoby z niepełnosprawnościami/ tłumacza języka migowego (student / doktorant lub osoba spokrewniona)\*: |  |
| Zakres usług asystentaosoby z niepełnosprawnościami / tłumacza języka migowego\*, ze wskazaniem dnia tygodnia, miejsca |  |
| W jakich form wsparcia aktualnie Pan/Pani korzysta: |  |

\* niepotrzebne skreślić

#  Okres wnioskowania o wsparcie:

Rok akademicki: 20 /20

Semestr: ☐ zimowy ☐ letni

**Szacunkowa ilość godzin** pracy asystenta/tłumacza wynosić będzie…………..… tygodniowo/miesięcznie.

# Załączone dokumenty:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności i innych dokumentów potwierdzających szczególną sytuację zdrowotną (oryginały do wglądu).
2. Plan zajęć wraz z zaznaczeniem, które z zajęć/czynności mają być objęte wsparciem.

# Inne dokumenty:

1)

2)

3)

*\*niepotrzebne skreślić*

Data Podpis studenta/doktoranta

**INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

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)
(Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) – RODO, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Akademia Sztuk Pięknych
w Gdańsku, przy ul. Targ Węglowy 6, 80-836 Gdańsk, NIP 583-000-93-46, REGON 000275820, tel. 58 301 28 01.
2. W Akademii Sztuk Pięknych w Gdańsku został powołany Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się osobiście lub listownie pod adresem: Akademia Sztuk Pięknych w Gdańsku; ul. Targ Węglowy 6, 80-836 Gdańsk, telefonicznie pod numerem 58 301 28 01 wew. 18 lub elektronicznie: e-mail: iod@asp.gda.pl
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia i realizacji wniosku studenta / doktoranta
z niepełnosprawnościami o przyznanie asystenta /tłumacza języka migowego.
4. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c) RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, w związku z art. 11 ust. 1 pkt 6 oraz art. 365 ust. 6 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r., poz. 478 t.j. z późn. zm.), oraz ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164 t.j. z późn. zm). Natomiast podstawą prawną przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych (m.in. dane dotyczące zdrowia) jest art. 9 ust. 2 lit. b) RODO.
5. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z obowiązujących przepisów prawa,
w szczególności wymagany przepisami prawa okres archiwizacji zgodny z kategorią archiwalną, zgodnie
z przepisanym dot. klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwum państwowego i brakowania dokumentacji niearchiwalnej, w związku z art. 5 i 6 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r., poz. 164 t.j. z późn. zm.) oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r., nr 14, poz. 67).
6. Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom zapewniającym wsparcie techniczne Administratorowi danych (w szczególności w zakresie usług informatycznych, usług związanych z niszczeniem dokumentacji oraz innych nośników zawierających dane osobowe), oraz podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
7. Na zasadach określonych przepisami RODO, przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do podanych danych osobowych, ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.
8. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych - ul. Stawki 2,
00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie podanych danych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.
9. Podanie danych osobowych jest niezbędne do realizacji celu wskazanego w pkt 3.
10. Podane dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Data Podpis studenta/doktoranta

**Opinia**

 **Pełnomocnika rektora ds. osób z niepełnosprawnościami**

**oraz potwierdzenie zabezpieczenia środków w planie na dany rok budżetowy**

Wyrażam zgodę na przyznanie wsparcia: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Potwierdzam zabezpieczenia środków w planie na dany rok budżetowy.**

**Limit przyznanych środków na rok akademicki 20…../20….. wynosi…………… zł**

Gdańsk , dnia..........................

 ………………………...……

 *podpis Pełnomocnika rektora ds. osób niepełnosprawnościami*