

**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 osoby z 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 <i>(proszę podkreślić właściwą odpowiedź obok)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • samodzielnie • z pomocą sprzętów ortopedycznych • nie poruszam się samodzielnie
Ograniczenia wynikające z niepełnosprawności	
Zdolność do samodzielnej egzystencji:	Komunikowanie się

Zdolność do samodzielnej egzystencji:	Samoobsługa
Proponowana kandydatura asystenta osoby z niepełnosprawnościami / tłumacza języka migowego (student / doktorant lub osoba spokrewniona)*:	
Zakres usług asystenta osoby 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 przepisami 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