

Załącznik nr 2 do Regulaminu przyznawania wsparcia oraz dysponowania środkami z Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych   
w ramach dotacji na zadania związane ze stwarzaniem studentom będącym osobami niepełnosprawnymi warunków do pełnego udziału   
w procesie kształcenia w Akademii Nauk Stosowanych z Angelusa Silesiusa z siedzibą w Wałbrzychu

|  |  |
| --- | --- |
| Numer kolejny podania: |  |
| Data wpływu: |  |
| Przyjął: |  |

**Wniosek o przyznanie asystenta studenta z niepełnosprawnością   
w roku akademickim …………………….**

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………………………………….. nr albumu studenta …..……………..

Kierunek studiów ………………………………………………………………………………………..………………………Rok studiów………………………………

Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………….

Numer telefonu, adres e-mail ………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………

Oświadczam, że posiadam:\*

Znaczny stopień niepełnosprawności

Umiarkowany stopień niepełnosprawności

Lekki stopień niepełnosprawności

Inne

- Orzeczony stopień niepełnosprawności ma charakter: \*)

trwały, orzeczenie zostało wydane na stałe

okresowy, orzeczenie zostało wydane do dnia: ………………………………

Wskazanie problemów w procesie kształcenia w powiązaniu ze stanem zdrowia:

………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Oczekiwana pomoc od asystenta (zakres wsparcia) i wnioskowana liczba godzin   
w poszczególnych miesiącach: ………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Na asystenta proponuję ……………………………………………………./ zwracam się   
o pomoc w znalezieniu asystenta\*\*

\* Zaznacz właściwe

\*\* niepotrzebne skreślić

Załączone dokumenty:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności,
2. Wykaz liczby godzin świadczenia pomocy przez asystenta w poszczególnych dniach,
3. …………………………………………………………………………………………

**POUCZENIE:** za podanie nieprawdziwych danych podlega się odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego i odpowiedzialności dyscyplinarnej z art. 307.1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 85 z późn. zm.).

**Oświadczam, ze zapoznałem (-am) się z zasadami i warunkami przyznawania wsparcia w ramach dotacji na zadania związane ze stwarzaniem studentom będącym osobami niepełnosprawnymi warunków   
do pełnego udziału w procesie kształcenia.**

……………………………..……………., dnia…………………………...

…..…………………………………………………..

(własnoręczny podpis studenta)

Opinia Pełnomocnika Rektora ds. studentów z niepełnosprawnościami

………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………..………………………………………….

……………………………………….

data i podpis

Opinia Prorektora ds. dydaktycznych i studenckich

………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………….

data i podpis

Opinia Kwestora

………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………….

data i podpis

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody**\*\* na udzielenie wsparcia

……………………………………….

data i podpis Rektora

\*\* Niepotrzebne skreślić

**Klauzula informacyjna**

1. Administratorem danych osobowych jest **Akademia Nauk Stosowanych Angelusa Silesiusa** z siedzibą w Wałbrzychu, ul. Zamkowa 4, kod pocztowy 58-300 Wałbrzych, adres e-mail: biurorektora@ans.edu.pl, tel. + 48 74 641 92 00, zwany dalej   
   ANS AS, reprezentowana przez prof. dra hab. Roberta Wiszniowskiego, rektora.
2. W ANS AS został powołany **Inspektor Ochrony Danych Osobowych**, dalej IODO, z którym można się skontaktować w sposób następujący: adres korespondencyjny: ul. Zamkowa 4, 58-300 Wałbrzych, adres e-mail: IOD@ans.edu.pl.
3. Przetwarzanie danych osobowych odbywać się będzie na podstawie udzielonej zgody, tj. na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO w celu realizacji procedury udzielenia wsparcia studentowi niepełnosprawnemu.
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres studiów, lub do wycofania zgody.
5. Prawa osoby, której dotyczą dane osobowe:

a) prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, czyli prawo do uzyskania potwierdzenia czy Administrator przetwarza dane oraz informacji dotyczących takiego przetwarzania,

b) prawo do sprostowania danych, jeżeli dane przetwarzane przez Administratora są nieprawidłowe lub niekompletne,

c) prawo żądania od Administratora usunięcia danych,

d) prawo żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania danych,

e) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie uzasadnionego interesu Administratora,

f) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie (bez wpływu na zgodność   
z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej cofnięciem),

g) prawo do przeniesienia danych do innego administratora danych,

Prawa wymienione w powyższych punktach można zrealizować bezpośrednio poprzez kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (adres podany w pkt 2) lub przez kontakt z ANS AS (adres podany w pkt 1, z dopiskiem „Ochrona danych osobowych”)

h) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli przetwarzanie danych osobowych jej dotyczących przez Administratora narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.

Realizacja uprawnień, o których mowa w pkt h) może odbywać się poprzez uprzednie pisemne wskazanie swoich żądań przesłane na adres Administratora.

1. Dane osobowe mogą być udostępniane przez Administratora tylko i wyłącznie podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie obowiązujących przepisów prawa lub umów powierzenia. Dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
2. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale wymagane w celu realizacji procedury udzielenia wsparcia studentowi niepełnosprawnemu. Brak podania danych osobowych będzie skutkował niemożnością użyczenia specjalistycznego sprzętu.

**Zgodna na przetwarzanie danych osobowych**

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez **Akademię Nauk Stosowanych Angelusa Silesiusa** z siedzibą w Wałbrzychu, ul. Zamkowa 4, kod pocztowy 58-300 Wałbrzychmoich danych osobowych w tym szczególnych danych osobowych w celu realizacji procedury udzielenia wsparcia studentowi z niepełnosprawnością, przez czas niezbędny do realizacji wyżej wymienionego celu, aż do cofnięcia wyrażonej zgody.

Oświadczam, że podaję dane i wyrażam zgodę dobrowolnie i w sposób świadomy, zaś Administrator danych przed wyrażeniem niniejszej zgody udostępnił mi informacje, o których mowa w art. 14 ust. 1 i 2 RODO, w tym informację o możliwości cofnięcia wyrażonej zgody.

……………………………..……………., dnia…………………………...

…..…………………………………………………..

(własnoręczny podpis studenta)