Załącznik nr 1 do Regulaminu Finansowania wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami oraz innymi szczególnymi potrzebami ze środków Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych na Uniwersytecie Zielonogórskim

**Wniosek**

**o udzielenie wsparcia indywidualnego/przydzielenie asystenta dydaktycznego/naukowego\* osoby z niepełnosprawnościami/osoby z ASD\*
w roku akademickim …………………………..**

Zielona Góra ………………………….

Imię i nazwisko ………………….. …………………... Nr albumu ……………………

Wydział…………………………………………………………

Kierunek………………………………………………………..

Rok studiów……………………………………………………

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………

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

Stopień i rodzaj niepełnosprawności.............................................................................................

Orzeczenie o niepełnosprawności wydane okresowo do dnia ……………… Na stałe\*

Uzasadnianie:

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

**Załączone dokumenty:**

1. Orzeczenie o niepełnosprawności
2. …………………………………..
3. …………………………………...

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku przez Uniwersytet Zielonogórski zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1781) oraz 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 (dalej: RODO) w celach związanych z udzieleniem mi wsparcia określonego w niniejszym wniosku.

 załączam podpisaną klauzulę o przetwarzaniu danych osobowych RODO

……………………………………………………………

Data i podpis studenta

Opinia Pełnomocnika ds. Osób z Niepełnosprawnościami Uniwersytetu Zielonogórskiego:

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

………………………………………

Data i podpis Pełnomocnika

ds. Osób z Niepełnosprawnościami

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*** na przyznanie wsparcia asystenta osoby z niepełnosprawnościami.

…………………………………………….

 \*Niepotrzebne skreślić Data i podpis Prorektora