

FORMULARZ REJESTRACYJNY

dla osób ubiegających się o pomoc

Biura ds. Osób z Niepełnosprawnościami UNS

DANE OSOBOWE

1. Nazwisko
2. Imię
3. Nr PESEL
4. Telefon
5. Adres e-mail

INFORMACJE DOTYCZĄCE STUDIÓW

6. Nr indeksu/nr albumu
7. Rok studiów, kierunek i filia
(osoby studiujące na więcej niż jednym kierunku proszę o podanie wszystkich kierunków studiów)
-
-

8. Poziom kształcenia (proszę zaznaczyć właściwy rodzaj studiów):

- a) studia pierwszego stopnia
- b) studia drugiego stopnia
- c) studia jednolite magisterskie
- d) studia podyplomowe.....

9. Forma studiów

- a) studia stacjonarne
- b) studia niestacjonarne.....

INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI lub CHOROBY

**10. Stopień niepełnosprawności (proszę zaznaczyć właściwy stopień niepełnosprawności
orzeczony przez komisję lekarską):**

- a) znaczny
- b) umiarkowany
- c) lekki
- d) brak orzeczonego stopnia

11. Schorzenia specjalne* (proszę zaznaczyć właściwe, o ile dotyczy)

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| a) Choroba Parkinsona, | <input type="checkbox"/> | f) nosicielstwo wirusa HIV oraz choroba AIDS, | <input type="checkbox"/> |
| b) stwardnienie rozsiane, | <input type="checkbox"/> | g) epilepsja, | <input type="checkbox"/> |
| c) paraplegia, tetraplegia, hemiplegia, | <input type="checkbox"/> | h) przewlekłe choroby psychiczne, | <input type="checkbox"/> |
| d) znaczne upośledzenie widzenia (ślepotę) oraz niedowidzenie, | <input type="checkbox"/> | i) upośledzenie umysłowe, | <input type="checkbox"/> |
| e) głuchota i głuchoniemota, | <input type="checkbox"/> | j) miastenia, | <input type="checkbox"/> |
| | | k) późne powikłania cukrzycy. | <input type="checkbox"/> |

12. Opis problemów zdrowotnych

.....

.....

.....

13. Trudności w studiowaniu (proszę opisać trudności pojawiające się podczas studiów, które spowodowały chęć skorzystania z pomocy BON lub trudności związane z procesem uczenia się we wcześniejszych etapach nauczania)

.....

.....

.....

14. Rodzaj oczekiwanej pomocy (w przypadku trudności z określeniem rodzaju wsparcia, proszę zwrócić się do przedstawiciela BON UNS)

.....

.....

.....

/ Podpis / / Data /

KLAUZULA INFORMACYJNA

Administrator danych

ADMINISTRATOREM PAŃSTWA DANYCH OSOBOWYCH JEST UCZELNIA NAUK SPOŁECZNYCH Z SIEDZIBĄ W ŁODZI PRZY UL. KAMIŃSKIEGO 21.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

W celu skontaktowania się z Uczelnią, osoba, której dane osobowe są przetwarzane może kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail: joanna.goslawska@uns.lodz.pl