*Załącznik nr 1 do Regulaminu przyznawania usługi asystenta osoby z niepełnosprawnościami dla studentów Uniwersytetu Opolskiego z niepełnosprawnością*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LogoUO czarne  **WNIOSEK O PRZYZNANIE USŁUGI**  **ASYSTENTA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI** | | |
|  | | |
| **I. Dane osobowe** | | |
| Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………. | | |
|  | | |
| Data i miejsce urodzenia: ………………………………………………………………………………. | | |
|  | | |
| Seria i numer dowodu osobistego: …………………………………………………………………….. | | |
| PESEL: ……………………………………………………………………………………………………….. | | |
|  | | |
| Adres stałego zamieszkania: ……………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| Adres korespondencyjny: …………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| nr telefonu kontaktowego: ……………………………………………………………………………….  e-mail (numeralbumu@student.uni.opole.pl): ……………………………………………………….  Nazwa Wydziału /Jednostki: …........................................................................................  Kierunek studiów: …….....................................................................................................  Rodzaj studiów: | | |
| stacjonarne/niestacjonarne, I stopnia, II stopnia, jednolite magisterskie°  Rok studiów: ………………………………………………………………………………………………...  Nr albumu: ………………………………………………………………………………………………….. | | |
|  |  | |
| II. Stopień niepełnosprawności orzeczony przez komisję lekarską° | | |
| * znaczny stopień niepełnosprawności * umiarkowany stopień niepełnosprawności * lekki stopień niepełnosprawności | | |
|  | | |
| III. Okres wnioskowania o usługę (nie dłuższy niż jeden semestr studiów): | | |
| Rok akademicki: | 20……… /20……… | |
| Semestr: | letni/zimowy ° | |
| Czas, w którym miałby pracować asystent osoby niepełnosprawnej **°** (należy załączyć plan zajęć/dnia i zaznaczyć, które zajęcia/czynności miałaby obejmować usługa):  ………………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| **IV. Uzasadnienie konieczności przyznania usługi:**  ………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………. | | |
|  | | |
| Załączone dokumenty:   1. Zaświadczenie potwierdzające status studenta wydane przez dziekanat właściwego wydziału; 2. Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie, o którym mowa w art. 5 oraz art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych; 3. Zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia (jeżeli wymaga tego pracownik BDiSS UO); 4. Plan zajęć/dnia studenta wraz z informacją, które z zajęć/czynności dnia miałaby obejmować usługa asystenta, 5. Oświadczenie studenta o zapoznaniu się niniejszym Regulaminem i akceptacji jego postanowień; 6. Podpisaną klauzulę zgody dotyczącą zgody na przetwarzanie danych osobowych wraz z informacją o przetwarzaniu danych osobowych. | | |
| °właściwe podkreślić | | Data i podpis Wnioskodawcy |

(Wypełnia pracownik BDiSS UO – Obsługi Studentów z Niepełnosprawnościami)

**Szczegółowe informację zebrane przez pracownika w przeprowadzonym wywiadzie z osoba z niepełnosprawnością**

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………… | |
|  | |
|  | Data i podpis BDiSS |
|  | |