*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 |
|  |