*Załącznik nr 5 do Regulaminu przyznawania usługi asystenta osoby z niepełnosprawnościami dla studentów Uniwersytetu Opolskiego z niepełnosprawnością*



**ZGŁOSZENIE NA ASYSTENTA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**

|  |
| --- |
| **I. Dane osobowe i kontaktowe** |
| Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………. |
|  |
| Data i miejsce urodzenia: ………………………………………………………………………………. |
|  |
| Seria i numer dowodu osobistego: …………………………………………………………………….. |
| PESEL: ……………………………………………………………………………………………………….. |
|  |
| Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Adres korespondencyjny: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| nr telefonu kontaktowego: ……………………………………………………………………………….e-mail (numeralbumu@student.uni.opole.pl): ………………………………………………………. |
| **II. Doświadczenie i kwalifikacje** |
| Czy miałeś kiedyś kontakt z osobami niepełnosprawnymi? Jeżeli tak, to gdzie i jaki?……………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Czy posiadasz jakieś umiejętności, zdolności, cechy, które mogą pomóc przy współpracy z niepełnosprawnym studentem (np. znajomość języka migowego, empatia, cierpliwość itp.)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Czy posiadasz kwalifikacje wymagane do pełnienia funkcji asystenta osoby niepełnosprawnej? Jeżeli tak to jakie i gdzie oraz kiedy uzyskane?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…...……………………………………………………………………………………………………………….….……………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **III. Preferencje** |
| Z osobami z jaką niepełnosprawnością chciałbyś współpracować **\**** Ruchową
* Wzrokową
* Słuchową
* Nie ma to znaczenia
 |
| Informacje, które mogłyby być przydatne w dopasowaniu osoby asystenta do studenta z niepełnosprawnością: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...Oświadczam, że wyrażam zgodę  |

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z kandydowaniem przeze mnie na asystenta osoby niepełnosprawnej oraz w związku wykonywaniem przeze mnie usługi asystenta osoby niepełnosprawnej.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Data i podpis Wnioskodawcy |

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z dalszymi rekrutacjami asystentów,\* na czas do ……………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Data i podpis Wnioskodawcy |

*\*- powyższa zgoda nie jest wymagana w bieżącej rekrutacji*

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

Na podstawie 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L Nr 119, str. 1),, zwanego dalej RODO, informujemy, że:

1. Administratorem Twoich danych osobowych jest Uniwersytet Opolski z siedzibą przy
pl. Kopernika 11a, 45-040 Opole.
2. Administrator danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: iod@uni.opole.pl, poprzez formularz na stronie: <http://iod.uni.opole.pl/kontakt/> , telefonicznie lub pisząc na adres: Uniwersytet Opolski – Inspektor Ochrony Danych Osobowych, Kopernika 11a, 45-040 Opole.
3. Twoje dane osobowe przetwarzane są w celu rekrutacji asystentów osób niepełnosprawnych oraz w celach związanych z wykonywaniem przez Ciebie usługi asystenta osoby niepełnosprawnej.
4. Podstawą do przetwarzania danych osobowych jest art. 6. ust. 1 pkt. a  RODO, czyli Twoja zgoda na przetwarzanie danych osobowych oraz art. 6. ust. 1 pkt. b – zawarta umowa o świadczenie usług asystenta osoby niepełnosprawnej.
5. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne dla realizacji ww. celu.
6. Dla realizacji ww. celów przetwarzane będą Twoje dane osobowe wymienione w niniejszym zgłoszeniu oraz informacje o Twojej osobie pozyskane w trakcje pełnienia usługi asystenta osoby niepełnosprawnej.
7. Twoje dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa, nie będą również bez Twojej zgody przekazywane do państw trzecich;
8. Dane przechowywane będą przez czas niezbędny do rozpatrzenia Twojej kandydatury na asystenta osoby niepełnosprawnej, w przypadku zawarcia Umowy przez okres realizowania przez Ciebie usługi asystenta, dla celów sprawozdawczości, archiwalnych, oraz ewentualnego dochodzenia roszczeń, przez czas wynikający z obowiązujących przepisów prawa.
9. Posiadasz: prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do sprostowania danych osobowych, prawo cofnięcia udzielonej zgody, (z zastrzeżeniem, że cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Twojej zgody przed jej wycofaniem jak również nie może dotyczyć informacji niezbędnych do realizacji zawartej Umowy), oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa: prawo do usunięcia danych („prawo do bycia zapomnianym”), prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do sprzeciwu przetwarzaniu danych .
10. W przypadku gdy uznasz za uzasadnione, że Twoje dane osobowe są przetwarzane niezgodnie
z obowiązującymi przepisami prawa posiadasz prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,.
11. Twoje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.

|  |  |
| --- | --- |
| \*właściwe podkreślić |  Data i podpis Wnioskodawcy |