

KWESTIONARIUSZ dla kandydatów z niepełnosprawnościami i przewlekle chorych

Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami

Na podstawie informacji zawartych w kwestionariuszu zostanie ustalona forma wsparcia, zakres działań w czasie studiów nakierowanych na niepełnosprawnego studenta. Prosimy więc o rzetelne wypełnienie kwestionariusza i podawanie informacji zgodnych z prawdą.

Wybrane odpowiedzi prosimy podkreślić.

1. Imię i Nazwisko _____

2. PESEL _____

3. Telefon kontaktowy _____

4. Adres e-mail _____

5. Nazwa i adres szkoły średniej _____

6. a) nowa matura b) stara matura c) inna

7. Rodzaj ukończonej szkoły:

8. a) ogólnodostępna b) integracyjna c) specjalna

9. Tryb nauczania w szkole średniej:

a) standardowy b) indywidualny

10. Informacje dotyczące wcześniejszego kształcenia na poziomie wyższym (np: rozpoczęte studia, ukończone itd):

11. Kierunki studiów, na które zamierza Pani/Pan ubiegać się o przyjęcie:

.....

12. Forma studiów, jakie chciałaby/chciałby Pani/Pan podjąć:

a) studia stacjonarne

b) studia stacjonarne (wieczorowe)

c) studia niestacjonarne (zaoczne)

13. Poziom kształcenia, na jakim chciałby(-aby) Pan(-i) podjąć studia:

a) studia pierwszego stopnia

b) studia drugiego stopnia

c) jednolite studia magisterskie

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

a) stopień znaczny

b) stopień umiarkowany

c) stopień lekki

d) brak orzeczonego stopnia

15. Typ niepełnosprawności lub choroby (proszę wybrać jedną lub więcej niesprawność/chorobę odnoszącą się do Pani/Pana):

a) niesprawność narządu ruchu

b) niesprawność narządu wzroku

c) niesprawność narządu słuchu

d) trudności/zaburzenia o charakterze psychologicznym

e) niesprawność powypadkowa (czasowa)

f) choroby przewlekłe (prosimy podać, jakie?).....

g) inne (prosimy podać, jakie?)

16. Opis niepełnosprawności lub choroby (proszę krótko opisać swoją niepełnosprawność lub chorobę uwzględniając informacje o rodzaju używanego sprzętu specjalistycznego, sposobie pisania i czytania, potrzebach i trudnościach mogących występować w trakcie rekrutacji oraz dalszej nauki).

17. Informacje dodatkowe:

a) Czy posługuje się Pani/Pan językiem migowym? Nie dotyczy Tak Nie

b) Czy potrzebuje Pan/Pani kursu orientacji przestrzennej w zakresie poruszania się po terenie Uczelni? Nie dotyczy Tak Nie

c) Czy jest Pani/Pan w stanie przemieścić się (robiąc kilka kroków) z wózka na inne miejsce (fotel w samochodzie, krzesło, toaleta)? Nie dotyczy Tak Nie

18. Dokumentacja medyczna (proszę wymienić dokumenty, jakie załącza Pan/Pani do kwestionariusza):

.....

19. Czy potrzebuje Pani/Pan konkretnego wsparcia w trakcie rekrutacji na studia? Proszę dokładnie opisać jakiego?

.....

20. Inne Pani/Pana sugestie/spostrzeżenia:

.....

**Uwaga: potrzebę dostosowania, zmiany
w egzaminach należy zgłosić najpóźniej do siedmiu dni roboczych przed
terminem egzaminu, w przeciwnym razie nie gwarantujemy możliwości
dostosowania egzaminu.**

Informacja dla kandydatów na studia 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 – ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz. U. UE L 119/1 z dnia 4 maja 2016 r.) Uniwersytet Pomorski w Słupsku informuje, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych jest Uniwersytet Pomorski w Słupsku reprezentowany przez Rektora z siedzibą przy ul. Arciszewskiego 22a, 76-200 Słupsk;
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: zenon.stanislawek@upsl.edu.pl;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zapewnienia warunków pełnego udziału w procesie postępowania rekrutacyjnego na studia zgodnie z przepisami ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym (tekst jednolity: Dz.U. z 2021 r. poz. 478) oraz Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych sporządzoną w dniu 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169);
- 4) podstawę do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych dotyczących zdrowia stanowi zgoda na przetwarzanie danych osobowych;
- 5) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres 6 miesięcy po zakończeniu procesu rekrutacji, a w przypadku przyjęcia na studia zgodnie z tokiem realizacji studiów, a następnie zostaną poddane archiwizacji i będą przechowywane przez 50 lat;

- 6) Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać upoważnieni przez administratora pracownicy oraz członkowie uczelnianych komisji rekrutacyjnych;
- 7) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak w przypadku ich nie podania nie będzie Pani/Pan mogła/mógł skorzystać z zapewnienia warunków pełnego udziału w procesie postępowania rekrutacyjnego na studia;
- 8) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania.
- 9) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Uniwersytet Pomorski w Słupsku, z siedzibą przy ul. Arciszewskiego 22a, 76-200 Słupsk w celu zapewnienia warunków pełnego udziału w procesie postępowania rekrutacyjnego na studia. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałam(-em) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

(data)

(podpis)