



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 rzetelną 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 orzeczonego 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 niesprawności/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)