|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KWESTIONARIUSZ REJESTRACYJNY**  **W BIURZE DS. OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**  **UNIWERSYTETU KOMISJI EDUKACJI NARODOWEJ W KRAKOWIE** | | | | |
| **DANE OSOBOWE** | | | | |
| **IMIĘ I NAZWISKO:** |  | | | |
| **NUMER TELEFONU:** |  | | | |
| **E-MAIL (UCZELNIANY):** |  | | | |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE STUDIÓW** | | | | |
| **ROK I KIERUNEK STUDIÓW:** |  | | | |
| **FORMA I TRYB STUDIÓW:** | 🞎 Stacjonarne  🞎 Niestacjonarne | | 🞎 I stopnia  🞎 II stopnia  🞎 jednolite magisterskie  🞎 studia podyplomowe  🞎 doktoranckie/szkoła doktorska | |
| **INSTYTUT** | 🞎 Instytut Biologii i Nauk o Ziemi  🞎 Instytut Filologii Polskiej  🞎 Instytut Socjologii  🞎 Instytut Filologii Angielskiej  🞎 Instytut Malarstwa i Edukacji Artystycznej  🞎 Instytut Matematyki  🞎 Instytut Bezpieczeństwa i Informatyki  🞎 Instytut Nauk o Informacji  🞎 Instytut Nauk Technicznych  🞎 Instytut Neofilologii  🞎 Instytut Pedagogiki Specjalnej  🞎 Instytut Prawa, Ekonomii i Administracji  🞎 Instytut Psychologii  🞎 Instytut Sztuki i Designu  🞎 Instytut Historii i Archiwistyki  🞎 Instytut Dziennikarstwa i Stosunków Międzynarodowych  🞎 Instytut Pedagogiki  🞎 Instytut Nauk o Zdrowiu  🞎Instytut Zarządzania i Spraw Społecznych | | | |
| **DANE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA** | | | | |
| **STUDENT:** | 🞎 z orzeczeniem o niepełnosprawności | | | 🞎 załączam orzeczenie  Orzeczenie wydano:  🞎 na stałe  🞎 do dnia: |
| 🞎 bez orzeczenia o niepełnosprawności | | | 🞎 załączam zaświadczenie od lekarza o konieczności korzystania z danej formy wsparcia lub inne dokumenty medyczne poświadczające mój aktualny stan zdrowia |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB KRÓTKI OPIS PROBLEMÓW/OGRANICZEŃ ZDROWOTNYCH:** | 🞎 wzrok | 🞎 osoba niewidoma | | |
| 🞎 słuch | 🞎 osoba niesłysząca  🞎 osoba głuchoniewidoma | | |
| 🞎 ruch | 🞎 osoba poruszająca się na wózku | | |
| 🞎 inne (jakie?): | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **WNIOSEK O UDZIELENIE WSPARCIA EDUKACYJNEGO** | |
| 🞎 **Wnioskuję** o udzielenie mi wsparcia edukacyjnego, ze względu na ograniczenia wynikające   z niepełnosprawności i/lub z mojego stanu zdrowia, celem wyrównania szans w trakcie realizacji studiów.  🞎 **NIE wnioskuję** o udzielenie mi wsparcia edukacyjnego, ze względu na ograniczenia wynikające   z niepełnosprawności i/lub z mojego stanu zdrowia, celem wyrównania szans w trakcie realizacji studiów. | |
| **PRZYKŁADOWY KATALOG FORM WSPARCIA EDUKACYJNEGO** | 🞎 dostosowane zajęcia z języka obcego  🞎 tłumacz języka migowego  🞎 asystent osoby niepełnosprawnej  🞎 dostosowywanie materiałów dydaktycznych  🞎 wsparcie konsultanta ds. studentów w kryzysach psychicznych  🞎 kurs orientacji w przestrzeni  🞎 inne (jakie?): |

\* Informacja o przetwarzaniu danych Osób korzystających z pomocy świadczonej przez Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych przez Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie jest dostępna na stronie <https://bon.up.krakow.pl> w zakładce: „Dla studentów”.

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/am się z „Regulaminem form wsparcia edukacyjnego” oraz „Sposobem dostosowywania i organizacji studiów oraz realizacji procesu dydaktycznego do szczególnych potrzeb studentów z niepełnosprawnością oraz nieposiadających orzeczenia o niepełnosprawności, a będących   
w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia” (§ 13 Zarządzenie R.Z.0211.40.2023 Rektora Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie z dnia 24 kwietnia 2023 roku w sprawie Regulaminu Studiów) i akceptuję ich postanowienia.

**DATA**  **PODPIS STUDENTA**