|  |
| --- |
| **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 orzeczenieOrzeczenie 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**