



## BIURO DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

**Załącznik nr 1**

**do Regulaminu Biura ds. Osób Niepełnosprawnych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie**

.....  
Miejscowość, data

### FORMULARZ REJESTRACYJNY DO BIURA DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (BON)

**Imię i nazwisko:** .....

Numer albumu (jeżeli dotyczy): .....

Adres do korespondencji: .....

Telefon kontaktowy oraz e-mail: .....

Status: student \*/ doktorant\* (zaznaczyć właściwe)

Rok studiów/rok  
kształcenia/stanowisko: .....

Kierunek (jeżeli dotyczy): .....

**Zwracam się z prośbą o rejestrację w Biurze ds. Osób Niepełnosprawnych w roku akademickim .....**

#### Uzasadnienie

*(proszę szczegółowo podać zakres oczekiwanej pomocy, jakie są Pana/Pani potrzeby, w jaki sposób niepełnosprawność, czy obecny stan zdrowia wpływa na pełny udział w procesie kształcenia, wykonywanie obowiązków służbowych itd.):*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



## BIURO DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Niniejszym oświadczam, że zawarte w formularzu informacje są prawdziwe.

.....  
data i podpis studenta/doktoranta/pracownika

### Załączniki:

- Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie, o którym mowa w art. 5 oraz art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (do wglądu) lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia.

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany ..... wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych szczególnej kategorii (zdrowotnych), przez PUM w celu świadczenia usług wsparcia przez BON (przechowywanie, analiza potrzeb, kontakt). Mam prawo wycofać zgodę w każdej chwili poprzez kontakt z BON lub IOD, bez wpływu na zgodność przetwarzania przed wycofaniem.

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis studenta/doktoranta/pracownika

**KLAUZULA INFORMACYJNA (art. 13 RODO) Administrator danych:** Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie (PUM), ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin; kontakt: iod@pum.edu.pl (Inspektor Ochrony Danych). **Cele przetwarzania:** Rejestracja i świadczenie usług wsparcia dla osób niepełnosprawnych przez Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych (BON) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO (zadanie realizowane w interesie publicznym – ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 27.08.1997 r., Dz.U. 2024) oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (prawa socjalne). W zakresie, w jakim wyrazisz zgodę na dodatkową komunikację informacyjną, podstawą przetwarzania danych kontaktowych będzie art. 6 ust. 1 lit. a RODO (zgoda). **Zakres danych:** Dane osobowe zwykle (imię, nazwisko, kontakt, status, informacje dotyczące procesu kształcenia lub zatrudnienia) oraz dane szczególnej kategorii (zdrowotne, niepełnosprawność) w zakresie niezbędnym do udzielenia odpowiedniego wsparcia. Okres przetwarzania: Do czasu realizacji celu (świadczenie wsparcia / obsługa wniosku) + 5 lat po zakończeniu (archiwizacja zgodna z instrukcją kancelaryjną PUM), chyba że prawo wymaga dłużej. Dane przetwarzane na podstawie zgody w celach dodatkowej komunikacji będą przetwarzane do czasu jej cofnięcia. **Odbiorcy:** Jednostki PUM (np. dziekanaty, jednostki dydaktyczne, osoby pełniące funkcję asystentów na podstawie upoważnienia), podmioty upoważnione prawem (np. PFRON, jeśli raportowanie); brak transferu poza EOG, chyba że przepisy prawa stanowią inaczej. **Prawa osób:** Dostęp, sprostowanie, usunięcie, ograniczenie, sprzeciw (z przyczyn związanych z Twoją szczególną sytuacją – gdy podstawą jest art. 6 ust. 1 lit. e RODO), przenoszenie danych; cofnięcie zgody (nie wpływa na przetwarzanie dokonane przed wycofaniem); skarga do UODO (uodo.gov.pl). Brak automatycznych decyzji profilujących. Dane nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania, wywołującego skutki prawne wobec Ciebie.