



BIURO DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Załącznik nr 2
do Regulaminu korzystania z urzędzeń specjalistycznych

.....
Miejscowość, data

FORMULARZ REJESTRACYJNY DO BIURA DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (BON)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Numer albumu (jeżeli dotyczy):

Adres do korespondencji:

Telefon kontaktowy oraz e-mail:

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

Rok studiów/rok
kształcenia/stanowisko:

Kierunek (jeżeli dotyczy):

Zwracam się z prośbą o użyczenie (rodzaj i nazwa sprzętu)

.....
.....
na okres od dnia..... do dnia.....



BIURO DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH Uzasadnienie

(proszę szczegółowo opisać przeznaczenie sprzętu i sposób jego wykorzystywania; np.: do pisania pracy magisterskiej – będzie używany głównie w domu lub; zbieram materiały do pracy magisterskiej – potrzebuję sprzętu w bibliotece):

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

Niniejszym oświadczam, że zawarte w formularzu informacje są prawdziwe.

Czy potrzebuje Pan/Pani szkolenia przed wyposażeniem sprzętu? TAK/NIE

Jeśli TAK, to w jakim zakresie?

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

Informacje dodatkowe:

(Proszę wpisać wszystkie dodatkowe uwagi, które mogą mieć wpływ na przyznanie Panu/Pani sprzętu.)

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

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



BIURO DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

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.

.....
miejscość 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.



Fundusze
Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



BIURO DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH



BIURO DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Załącznik nr 4
do Regulaminu korzystania z urzędzeń specjalistycznych

UMOWA UŻYCZENIA NR.....

Zawarta dnia..... w Szczecinie pomiędzy:

Pomorskim Uniwersytetem Medycznym w Szczecinie z siedzibą w Szczecinie przy ul. Rybackiej 1, reprezentowanym przez Sylwestra Bierzanowskiego – Kanclerza PUM w Szczecinie, zwanym dalej „Użyczającym”,

a

Panem/Panią:

.....

zamieszkałym(-ą):

.....

PESEL:

.....

zwanym(-ą) dalej do „Biorącym do używania”.

§ 1

Przedmiotem użyczenia są poniżej wymienione urządzenia specjalistyczne:

1. nr inw.
2. nr inw.
3. nr inw.
4. nr inw.



BIURO DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

§ 2

Biorący do użyczenia oświadcza, że:

1. Zapoznał się z Regulaminem korzystania z urządzeń specjalistycznych dla osób z niepełnosprawnością i zobowiązuje się je stosować.
2. Zapoznał się z zasadami użytkowania przedmiotu, jego właściwościami i przeznaczeniem.

§ 3

1. Użyczający oddaje Biorącemu do używania, do bezpłatnego korzystania, urządzenia wymienione w § 1, zwane dalej „sprzętem”, na okres od dnia do dnia
2. Po upływie terminu, o którym mowa w ust. 1, Biorący do używania zobowiązuje się do zwrotu sprzętu w stanie nie pogorszonym, z uwzględnieniem normalnego zużycia wynikającego z prawidłowego użytkowania, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania umowy.
3. Biorący do używania nie ponosi odpowiedzialności za zużycie rzeczy będące następstwem prawidłowego użytkowania.
4. Przekroczenie terminu zwrotu sprzętu o więcej niż 7 dni uprawnia Użyczającego do żądania niezwłocznego zwrotu sprzętu oraz podjęcia działań zmierzających do jego odzyskania.

§ 4

1. Biorący do używania odpowiada materialnie za wszelkie szkody powstałe wskutek nieprawidłowego użytkowania sprzętu.
2. Wartość użyczonego sprzętu ustala się na podstawie danych księgowych Użyczającego.

§ 5

1. Użyczający jest uprawniony do sprawdzenia danych przedstawionych przez Biorącego do używania oraz do kontroli sposobu korzystania ze sprzętu przez cały okres obowiązywania umowy.
2. Użyczający zawiadomi Biorącego do używania o terminie kontroli, a Biorący do używania ma obowiązek poddać się takiej kontroli.



BIURO DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

3. W przypadku stwierdzenia wykorzystywania sprzętu niezgodnie z jego przeznaczeniem lub jego zniszczenia, Użyczający ma prawo wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym oraz zażądać niezwłocznego zwrotu sprzętu.
4. W razie zagubienia sprzętu, jego uszkodzenia lub celowego zniszczenia w okresie używania, Biorący do używania zobowiązany jest do pokrycia kosztów naprawy albo zapłaty równowartości sprzętu w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania do zapłaty, pod rygorem dochodzenia roszczeń na drodze postępowania sądowego.
5. W razie zagubienia sprzętu, jego uszkodzenia lub zniszczenia w okresie używania, Biorący do używania zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić Użyczającego, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia zaistnienia zdarzenia.

§ 6

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 8

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

.....

Użyczający

.....

Biorący do używania



Fundusze
Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



BIURO DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH



BIURO DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Załącznik nr 5
do Regulaminu korzystania z urzędzeń specjalistycznych

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych

Indywidualna karta ewidencyjna sprzętu

Nazwa sprzętu	
Nr inwentarzowy	

Lp.	Data wypożyczenia	Nr umowy użyczenia	Podpis osoby wypożyczającej sprzęt	Data zwrotu	Opis stanu technicznego w momencie zwrotu	Podpis osoby dokonującej wpisu	Podpis osoby zwracającej sprzęt



BIURO DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Załącznik nr 6
do Regulaminu korzystania z urzędzeń specjalistycznych

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych

Karta Wypożyczającego

Imię i Nazwisko						PESEL	
Lp.	Nr umowy użyczenia	Nazwa sprzętu	Nr ewidencyjny	Data wypożyczenia	Data zwrotu	Opis stanu technicznego w momencie zwrotu	