

Załącznik nr 1

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

.....
Miejscowość, data

**FORMULARZ REJESTRACYJNY
DO BIURA DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Imię i nazwisko:

Numer albumu (jeżeli dotyczy):

Adres do korespondencji:

Telefon kontaktowy lub e-mail:

Status: student */ doktorant*/pracownik* (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.):

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

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 przez Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin jako administratora danych osobowych, w celu świadczenia usług wsparcia dla osób w niepełnosprawnością przez Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych PUM.

Zostałem poinformowany, że w każdej chwili przysługuje mi prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

.....
miejscowość i data

.....
podpis studenta/doktoranta/pracownika