Załącznik nr 1

do Regulaminu udzielania wsparcia edukacyjnego dla osób z niepełnosprawnościami i/lub ograniczeniami zdrowotnymi odbywających kształcenie w Uniwersytecie Pedagogicznym im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ REJESTRACYJNY** **W BIURZE DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCHW UNIWERSYTECIE PEDAGOGICZNYM IM. KOMISJI EDUKACJI NARODOWEJ W KRAKOWIE** |
| **Dane osobowe\*** |
|  Imię i nazwisko: |  |
|  Numer telefonu: |  |
|  E-mail: |  |
| **Informacje dotyczące studiów** |
|  Rok i kierunek studiów: |  |
|  Forma i tryb studiów: | 🞎 Stacjonarne🞎 Niestacjonarne | 🞎 I stopnia 🞎 II stopnia🞎 jednolite magisterskie🞎 doktoranckie/szkoła doktorska |
| Instytut | 🞎 Instytut Biologii🞎 Instytut Filologii Polskiej🞎 Instytut Filozofii i Socjologii🞎 Instytut Fizyki🞎 Instytut Geografii🞎 Instytut Grafiki i Wzornictwa🞎 Instytut Historii i Archiwistyki🞎 Instytut Informatyki🞎 Instytut Malarstwa i Edukacji Artystycznej🞎 Instytut Matematyki🞎 Instytut Nauk o Bezpieczeństwie🞎 Instytut Nauk o Informacji🞎 Instytut Nauk o Wychowaniu🞎 Instytut Nauk Technicznych🞎 Instytut Neofilologii🞎 Instytut Pedagogiki Przedszkolnej i Szkolnej🞎 Instytut Pedagogiki Specjalnej🞎 Instytut Politologii🞎 Instytut Prawa, Administracji i Ekonomii🞎 Instytut Psychologii🞎 Instytut Spraw Społecznych🞎 Instytut Sztuki Mediów |
| **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 niepełnosprawnościlub krótki opis problemów/ograniczeńzdrowotnych: | 🞎 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 Pedagogiczny im. 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 udzielania wsparcia edukacyjnego dla osób
z niepełnosprawnością lub ograniczeniami zdrowotnymi” 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 Nr R/Z.0201-33/2019 Rektora Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie z dnia 2 lipca 2019 roku w sprawie Regulaminu Studiów) i akceptuję ich postanowienia.

**DATA**  **PODPIS STUDENTA**