# Kwestionariusz rejestracyjny dla osób ubiegających się o pomoc Biura ds. Osób Niepełnosprawnych PŁ

## DANE OSOBOWE

1. Nazwisko:
2. Imię:
3. Adres stałego zameldowania:

## DANE POTRZEBNE DO UTRZYMYWANIA KONTAKTU

1. Adres korespondencyjny z kodem pocztowym:
2. Tel. komórkowy:
3. Inny telefon kontaktowy:
4. Adres e-mail:
5. Preferowana forma kontaktu:
   1. e-mail
   2. telefon
   3. SMS
   4. list
   5. list w powiększonym druku (rozmiar czcionki: ……)
   6. list w brajlu

## INFORMACJE DOTYCZĄCE STUDIÓW

1. Wydział studiów:
2. Kierunek:

(osoby studiujące na więcej niż jednym kierunku proszę o podanie wszystkich kierunków studiów)

1. Rok studiów:
2. Numer albumu:
3. Rodzaj studiów (proszę zaznaczyć właściwy rodzaj studiów):
   1. studia licencjackie
   2. studia inżynierskie
   3. studia uzupełniające magisterskie
   4. studia doktoranckie
4. Tryb studiów:
   1. studia dzienne
   2. studia zaoczne
   3. studia wieczorowe
5. Czy były przerwy w studiowaniu (jeśli TAK to proszę wpisać datę i rodzaj urlopu):

|  |  |
| --- | --- |
| TAK | NIE |

1. Informacje dodatkowe:  
   (proszę o wpisanie wszystkich informacji ważnych dla zrozumienia przez pracowników BON Pana/Pani sytuacji na Uczelni, np. informacji o nie zaliczonych przedmiotach, zaległych egzaminach, wpisach warunkowych itp.).

## INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB CHOROBY

1. Stopień niepełnosprawności (*jeśli dotyczy*):

(proszę zaznaczyć właściwy stopień niepełnosprawności orzeczony przez komisję lekarską)

* 1. lekki
  2. umiarkowany
  3. znaczny
  4. brak orzeczonego stopnia

1. Symbole niepełnosprawności (*jeśli dotyczy*):

(proszę zaznaczyć jeden lub więcej symboli niepełnosprawności odnoszących się   
do Pana/Pani):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 01-U | 02-P | 03-L | 04-O | 05-R | 06-E | 07-S | 08-T | 09-M | 10-N | 11-I | 12-C |

1. Opis doświadczanych trudności:

(proszę krótko opisać swoje trudności uwzględniając w szczególności takie informacje, które mogą okazać się ważne przy doborze odpowiedniej pomocy, np. sposób poruszania się, rodzaj używanego sprzętu specjalistycznego, sposób pisania i czytania)

## INFORMACJE DOTYCZĄCE OCZEKIWANEJ POMOCY

1. Dokumentacja:

(proszę wymienić dokumenty, jakie udostępnia Pan/Pani pracownikowi BON)

1. Problemy w studiowaniu:

(proszę opisać problemy pojawiające się podczas studiów, które spowodowały chęć skorzystania z pomocy BON)

1. Rodzaj oczekiwanej pomocy:

(proszę krótko scharakteryzować pomoc jakiej oczekuje Pan/Pani od pracowników BON)

/Data/ /Podpis/

/Data i podpis osoby przyjmującej ankietę/

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Politechnikę Łódzką, adres siedziby: ul. Żeromskiego 116, 90-924 Łódź, jako administratora, w celu udzielenia mi niezbędnej pomocy świadczonej przez Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych Politechniki Łódzkiej.

Administrator informuje, że niniejsza zgoda może być wycofana w każdym czasie poprzez przesłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na adres mailowy: rbi@adm.p.lodz.pl, wycofanie zgody nie wpływa jednak na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

/Data/ /Podpis/

Informujemy, że administratorem Pani / Pana danych osobowych zawartych w kwestionariuszu rejestracyjnym jest Politechnika Łódzka z siedzibą w Łodzi, przy ul. Żeromskiego 116.

W sprawach ochrony danych osobowych można się skontaktować z wyznaczonym przez Rektora inspektorem ochrony danych pod adresem rbi@adm.p.lodz.pl, telefon 42 631 20 39.

Politechnika Łódzka przetwarza Pani / Pana dane osobowe wyłącznie w celu świadczenia pomocy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a)rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)   
z dnia 27 kwietnia 20116 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

Odbiorcami Pani / Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa. Pani / Pana dane będą przechowywane do momentu wycofania zgody.

Pani / Panu przysługuje zgodnie z RODO prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii; prawo do sprostowania i uzupełnienia swoich danych; prawo do usunięcia danych osobowych lub ograniczenia przetwarzania tylko w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się

z obowiązku wynikającego z przepisu prawa; prawo do uzyskania informacji oraz prawo do wniesienia skargi do Prezes UODO (na adres Urzędu ochrony Danych Osobowych,   
ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa);

Podanie przez Panią / Pana danych osobowych niezbędnych do otrzymania pomocy dla osoby niepełnosprawnej jest obowiązkiem wynikającym z art. 6 RODO.

**Zapoznałem się**

/Data/ /Podpis/