

Imię i nazwisko studenta składającego podanie	Data, miejscowość
Miejsce stałego zamieszkania	PESEL
Rok i kierunek studiów	Nr albumu
E-mail	Nr telefonu

P O D A N I E

Proszę o przydzielenie mi prawa do zakwaterowania w domu studenckim w oparciu o „Zasady przydzielania studentom niepełnosprawnym Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie miejsc w domach studenckich na rok akademicki 2017/2018”.

Oświadczam, iż :

1. Zapoznałem/am się z przytoczonymi „Zasadami”.
2. Pod rygorem odpowiedzialności dyscyplinarnej¹ oświadczam, iż podane przeze mnie informacje w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.
3. Z przyznanego prawa do zakwaterowania korzystałem/a będę osobiście.
4. Wiem, że jeśli z przyznanego prawa do zakwaterowania nie skorzystam, nie będę mógł/mogła ubiegać się ponownie o zakwaterowanie w DS. w roku akademickim 2017/2018, ani też w następnym.

Rodzaje pokoi dla osób niepełnosprawnych² (odpowiednie zakreślić):

I typ (jednoosobowy, dostosowany architektonicznie)

II typ (dwuosobowy)

Kryteria przyznawania miejsca w domu studenckim:

1. Stopień i rodzaj orzeczonej niepełnosprawności (zgodnie z załączoną kserokopią orzeczenia):

znaczny	słuch
umiarkowany	wzrok
lekki	ruch
	inne

(Odpowiednie zakreślić)

2. Orzeczenie wydane na: stale / czasowe, do: _____
3. Odległość miejsca stałego zamieszkania od Uczelni – _____ km.
4. Krótkie uzasadnienie przyznania miejsca w domu studenckim ze względu na ograniczenia wynikające z niepełnosprawności:

5. Dodatkowe, punktowane uwarunkowania³:

Podpis studenta składającego podanie

¹ Art. 211 Ustawy prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2005 r., nr 164, poz. 1365 z późn. zm.) stanowi, że:

1. Za naruszenie przepisów obowiązujących w uczelni oraz za czyny uchybiające godności studenta student ponosi odpowiedzialność dyscyplinarną przed komisją dyscyplinarną albo przed sądem koleżeńskim samorządu studenckiego.

2. Za ten sam czyn student nie może być ukarany jednocześnie przez sąd koleżeński i komisję dyscyplinarną.

² Rodzaje pokoi dla osób niepełnosprawnych określa § 6 „Zasad”.

³ Wyszczególnione uwarunkowania zawarte zostały w § 7 ust. 2 „Zasad”.

**KWESTIONARIUSZ REJESTRACYJNY DLA STUDENTA
KORZYSTAJĄCEGO ZE WSPARCIA
BIURA DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH UP**

Dane osobowe

Imię i nazwisko:	
Numer telefonu:	
E-mail:	
Adres zamieszkania:	

Informacje dotyczące studiów

Nazwa wydziału:	
Kierunek studiów:	
Rodzaj studiów:	
Rok studiów:	

Dane dotyczące stanu zdrowia

Student:	<input type="checkbox"/> z orzeczeniem o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> załączam orzeczenie Orzeczenie wydano: <input type="checkbox"/> na stałe <input type="checkbox"/> do dnia: _____
	<input type="checkbox"/> bez orzeczenia o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> załączam inne dokumenty poświadczające mój aktualny stan zdrowia
Rodzaj niepełnosprawności lub krótki opis problemów zdrowotnych:	<input type="checkbox"/> wzrok	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma
	<input type="checkbox"/> słuch	<input type="checkbox"/> osoba niesłysząca <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma
	<input type="checkbox"/> ruch	<input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku
	<input type="checkbox"/> inne (jakie?):	

Rodzaj wsparcia w celu wyrównania szans edukacyjnych

Rodzaj oczekiwanej pomocy z BON:	<input type="checkbox"/> indywidualne zajęcia z języka obcego <input type="checkbox"/> tłumacz języka migowego <input type="checkbox"/> asystent osoby niepełnosprawnej <input type="checkbox"/> dostosowywanie materiałów dydaktycznych <input type="checkbox"/> wsparcie konsultanta ds. studentów w kryzysach psychicznych <input type="checkbox"/> kurs orientacji w przestrzeni <input type="checkbox"/> inne (jakie?):
----------------------------------	--

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych UP zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.).

DATA

PODPIS STUDENTA