

do Regulaminu dostosowania organizacji i właściwej realizacji procesu dydaktycznego dla osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym dostosowania warunków odbywania studiów do rodzaju występujących trudności.

KARTA INFORMACYJNA

imię: nazwisko:

adres zamieszkania:

tel.: e-mail:

wydział kierunek / specjalność:

rok studiów: nr albumu:

- Poziom studiów*:** jednolite magisterskie
 pierwszego stopnia (lic.)
 drugiego stopnia (uzup. mgr)

Forma studiów*: stacjonarne (dzienne) niestacjonarne (zaoczne, wieczorowe)

Typ trudności lub choroby (proszę zaznaczyć jedną lub więcej pozycję odnoszącą się do Pana/Pani):

- a) niesprawność narządu ruchu
- b) niesprawność narządu wzroku
- c) niesprawność narządu słuchu
- d) zaburzenia psychiczne
- e) niesprawność powypadkowa (czasowa)
- f) choroby wewnętrzne (jakie?)
- g) inne (jakie?)

Jakiego wsparcia oczekuje Pan/Pani ze strony Uniwersytetu? W jakim zakresie potrzebuje Pan/Pani pomocy?

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

.....
/Data/

.....
/Podpis/

* Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź

C – OSOBA Z TRUDNOŚCIAMI ZWIĄZANYMI ZE WZROKIEM

1. Jestem osobą:
 - a. niewidomą od urodzenia
 - b. utraciłem/-am wzrok w wieku: lat
 - c. niedowidzącą (proszę napisać w wielkość ubytku wzroku)

2. Korzystam ze środków technicznych (np. komputer, lupa, powiększalnik, itp.)?:
 - a. tak *(proszę wymienić)*
 - b. nie

3. Przy czytaniu i pisaniu wykorzystuję
 - a. zwykły druk
 - b. druk powiększony (*wielkość czcionki:*)
 - c. pismo Brajla

4. Z powodu leczenia/rehabilitacji mam trudności w systematycznym uczestnictwie w zajęciach
 - a. tak
 - b. nie

5. Potrzebuję pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej:
 - a. tak
 - b. nie

6. Mam możliwość samodzielnego sporządzania notatek:
 - a. tak
 - b. nie

7. Potrzebuję dostosowania form egzaminów do moich możliwości
 - a. tak *(proszę opisać w jaki sposób)*.....
.....
 - b. nie

8. Dodatkowe informacje istotne dla aktywnego uczestnictwa w życiu akademickim:
.....
.....
.....
.....
.....

* Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź

Oświadczam, że:

- podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Uniwersytet Śląski w Katowicach w celu udzielenia mi niezbędnej pomocy zgodnie z Ustawą z dnia 29. sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r., poz. 922 – jednolity tekst) oraz przyjmuję do wiadomości iż:
 - administratorem moich danych osobowych jest Uniwersytet Śląski w Katowicach z siedzibą w Katowicach 40-007, ul. Bankowa 12;
 - moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie dla potrzeb rozpatrzenia prośby o wyrażenie zgody na IDS;
 - podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem zgody na IDS;
 - mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
- zapoznałem się z Regulaminem Studiów w Uniwersytecie Śląskim w Katowicach obowiązującym w roku akademickim, którego dotyczy wnioski o IDS w sprawie wsparcia udzielanego studentom i doktorantom niepełnosprawnym przez UŚ.
- zobowiązuję się do bieżącego uaktualniania przedłożonych do wglądu dokumentów, jeśli mają one charakter okresowy.
- wyrażam zgodę na przesyłanie przez BON informacji na temat możliwości wsparcia, projektów i inicjatyw podejmowanych na rzecz osób z niepełnosprawnością.

.....
/Data/

.....
/Podpis/