Załącznik nr 1

do Regulaminu przyznawania wsparcia oraz dysponowania środkami z Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych na zadania związane ze stwarzaniem studentom i doktorantom będącym osobami niepełnosprawnymi warunków do pełnego

udziału w procesie kształcenia w Zachodniopomorskiej Szkole Biznesu w Szczecinie

# Wniosek o udzielenie wsparcia indywidualnego: przydzielenie asystenta osoby niepełnosprawnej/użyczenia sprzętu/dodatkowych zajęć dydaktycznych/inne\*

**w roku akademickim …………………………..**

Imię i nazwisko ………………………………………………..…………...Nr albumu ……………………………………….………

Wydział………………………………………………………………………………………………………………………………………………Kierunek……………………………………………………………………………………………………………………………..……………..

Rok studiów……………………………………………………………………………………………………………………………….……..

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………...………………………….

Numer telefonu, adres e-mail...................................................................................................................

Stopień i rodzaj niepełnosprawności........................................................................................................

Orzeczenie o niepełnosprawności wydane okresowo do dnia ……………../na stałe **\*** Uzasadnianie:

.………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….…………………………….……………………………………………………………………...…………..……………………………

**Załączone dokumenty:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzona za zgodność z oryginałem
2. …………………………………………………………………………………………………………………………..

## Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku przez Zachodniopomorską Szkołę Biznesu w Szczecinie zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (j.t. Dz. U. z 2016 roku poz.922), w celach związanych z udzieleniem mi wsparcia określonego w niniejszym wniosku.

 ……………………………………………………………

Data i podpis studenta

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*** na przyznanie wsparcia w formie asystenta osoby niepełnosprawnej.

…………………………………………….

Data i podpis Pełnomocnika Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych

 \*Niepotrzebne skreślić