**ZGŁOSZENIE NA ASYSTENTA STUDENTA Z NIEPEŁNOSPRAWNOSĆIĄ**

Biała Podlaska, dnia ………………  
**Imię i nazwisko:**  
**Wydział:**  
**Nr albumu:**  
**Nr grupy:**  
**Stopień studiów:**  
☐ licencjackie/inżynierskie ☐ magisterskie  
☐ doktoranckie ☐ podyplomowe  
**Tryb studiów:**  
☐ stacjonarne ☐ niestacjonarne  
**Rok:**  
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5  
**Adres e-mail w domenie uczelni:**  
**Nr telefonu:**

**Doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością**

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

**Posiadane kwalifikacje przydatne w pracy z osobami z niepełnosprawnością**

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

Maksymalny wymiar wsparcia nie może przekroczyć 40 godzin miesięcznie.

**Podpis wnioskodawcy**

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

**Załączone do wniosku dokumenty:**

1. Oświadczenie wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych i klauzula informacyjna RODO.
2. Potwierdzenie statusu studenta przez dziekanat (zaświadczenie).
3. Orzeczenie o niepełnosprawności i/lub opinia lekarska.
4. Plan zajęć na wnioskowany okres z systemu USOS.

**OŚWIADCZENIE WYRAŻENIA ZGODY**

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a „RODO” oraz art. 9 ust. 2 lit. a „RODO” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Akademię Bialską im. Jana Pawła II w celu złożenia wniosku o przyznanie usługi asystenta osoby z niepełnosprawnościami, a w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, w celu jego realizacji, w zakresie: imię i nazwisko, wydział, nr albumu, stopień studiów, tryb studiów, rok studiów, adres e-mail, nr telefonu, stopień niepełnosprawności oraz innych danych osobowych zawartych w dokumentach załączonych do wniosku.

Miejscowość, data

................................................  
Podpis wnioskodawcy

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych oraz w sprawie swobodnego przepływu takich danych (Dz. U. UE L 119/1 z dnia 4 maja 2016 r.), zwanym dalej „RODO”, Akademia Bialska im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Akademia Bialska im. Jana Pawła II z siedzibą przy ul. Sidorska 95/97, 21-500 Biała Podlaska.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować za pośrednictwem adresu e-mail: iod@akademia-bialska.edu.pl.
3. Administrator będzie przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu złożenia wniosku   
   o przyznanie usługi asystenta osoby z niepełnosprawnościami, a w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, w celu jego realizacji – podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. a (w odniesieniu do danych osobowych dotyczących niepełnosprawności).
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.
5. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale ich niepodanie uniemożliwi realizację wniosku o przyznanie asystenta osoby z niepełnosprawnościami.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do momentu odwołania zgody lub do zakończenia celu przetwarzania.
8. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku naruszenia przepisów RODO.

Zapoznałam/em się z powyższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych.  
Miejscowość, data

................................................  
Podpis wnioskodawcy

**WYPEŁNIA UCZELNIA:**

**Decyzja w sprawie zgłoszenia na asystenta osoby z niepełnosprawnością**

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody na zostanie asystentem osoby z niepełnosprawnościami w wymiarze do ........... godzin na semestr.