

Kwestionariusz dla studentów i słuchaczy ze szczególnymi potrzebami

Na podstawie informacji zawartych w kwestionariuszu zostanie indywidualnie ustalona forma wsparcia, zakres działań w czasie studiów nakierowanych na studenta/słuchacza ze szczególnymi potrzebami, w tym z orzeczoną niepełnosprawnością, uwzględniająca potrzeby studenta/słuchacza oraz możliwości uczelni.

Prosimy o rzetelne wypełnienie kwestionariusza i podawanie informacji zgodnych z prawdą. Kwestionariusz jest wypełniany jeden raz w cyklu kształcenia, jeżeli nastąpią zmiany mające istotny wpływ na rodzaj oczekiwanego wsparcia, kwestionariusz należy zaktualizować poprzez ponowne jego wypełnienie.

Proszę podkreślać właściwą odpowiedź. Pola opisowe należy uzupełniać komputerowo lub ręcznie drukowanymi literami.

1. Imię i Nazwisko:.....
2. Nr albumu:.....
3. Stopień niepełnosprawności:
 - a) stopień znaczny
 - b) stopień umiarkowany
 - c) stopień lekki
 - d) brak orzeczonego stopnia
4. Stwierdzony rodzaj niepełnosprawności. Proszę podać symbol przyczyny niepełnosprawności lub nazwę jednostki chorobowej:
.....
.....
5. Opis niepełnosprawności/jednostki chorobowej. Proszę krótko opisać swoje ograniczenia w funkcjonowaniu:
 - a) rodzaj używanego sprzętu rehabilitacyjnego /medycznego/ specjalistycznego; jeżeli żaden sprzęt nie jest wykorzystywany, proszę pominąć ten opis i przejść do kolejnego podpunktu

.....
.....
b) trudności w studiowaniu / wykonywaniu zadań związanych z uczeniem się; proszę opisać jakie są to trudności i jaki związek mają z Pana/Pani stanem zdrowia; jeżeli nie dotyczy, proszę przejść do kolejnego punktu

.....
.....
6. Dokumentacja potwierdzająca potrzebę wsparcia (proszę wymienić dokumenty, jakie załącza Pani/Pan do kwestionariusza):

.....
.....
.....
.....
.....
7. Inne informacje, np. rodzaj oczekiwanej pomocy ze strony uczelni, problemy z funkcjonowaniem nie poparte dokumentacją, itp.:

.....
.....
Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych jest NWSPwB reprezentowany przez Rektora z siedzibą przy al. Jana Pawła II 91, 15-703 Białystok;
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: nwsp@nwsp.bialystpk.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wsparcia studentów, i słuchaczy studiów podyplomowych w Niepaństwowej Wyższej Szkole Pedagogicznej w Białymstoku

4. Wśród danych osobowych, które przetwarzamy, znajdują się dane dotyczące stanu zdrowia – informacja o stopniu niepełnosprawności i symbolu przyczyny niepełnosprawności.
5. Podstawą do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:
 - art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych tj. – osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów;
 - art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych tj. - przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
6. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do udzielenia Pani/Panu wsparcia.
7. Pani/Pana dane będą przekazywane wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa oaz mogą być przekazywane osobom wykonującym usługę asystenta dydaktycznego osoby niepełnosprawnej.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania.
9. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszalności danych oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz cofnięcia zgody do ich przetwarzania.
10. Ilekroć zaistnieje okoliczność, że przetwarzanie naruszy przepisy obowiązującego prawa – posiada Pani/Pan uprawnienie do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
11. Przekazane dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.

Data.....

Podpis.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach realizacji badań społecznych dotyczących niepełnosprawności realizowanych przez Niepaństwową Wyższą Szkołę Pedagogiczną w Białymstoku.

Data.....

Podpis.....

Załącznik nr 2 Zarządzenia nr/23
Rektora Niepaństwowej Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Białymstoku z
dnia 29 września 2023 r. w sprawie określenia szczegółowych zasad
wprowadzania i zastosowania rozwiązań alternatywnych wobec
studiujących osób ze szczególnymi potrzebami

Białystok, dnia.....

Imię i nazwisko:.....

Nr albumu:.....

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a (imię i nazwisko):..... wyrażam zgodę na przekazanie przez Pełnomocnika rektora ds. studentów z niepełnosprawnościami pracownikom dydaktycznym i administracyjnym Niepaństwowej Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Białymstoku informacji o stanie zdrowia, w zakresie niezbędnym do organizacji wsparcia w pełnym moim udziale w procesie kształcenia.

Podpis.....

Załącznik nr 3 Zarządzenia nr/23
Rektora Niepaństwowej Wyższej Szkoły Pedagogicznej w
Białymstoku z dnia 29 września 2023 r. w sprawie określenia
szczegółowych zasad wprowadzania i zastosowania rozwiązań
alternatywnych wobec studiujących osób ze szczególnymi
potrzebami

Białystok, dnia.....

Prorektor ds studenckich i kształcenia

WNIOSEK

o zastosowanie rozwiązań alternatywnych wspierających studentów/słuchaczy ze
szczególnymi potrzebami*

Imię i nazwisko:.....

Nr albumu:.....

Nazwa kierunku studiów/studiów podyplomowych:

Proszę o zastosowanie następujących rozwiązań alternatywnych:¹

Lp.	Forma rozwiązań alternatywnych	Okres stosowania rozwiązań

Podpis.....

*zaznacz właściwe

¹ Proszę opisać formę rozwiązań alternatywnych, o które Pani/Pan wnioskuje oraz określić okres ich stosowania

Opinia pełnomocnika

Na podstawie złożonej przez studenta/słuchacza ze szczególnymi potrzebami* (dokumentacji medycznej lub specjalistycznej oraz analizy stanu zdrowia studenta/słuchacza ze szczególnymi potrzebami edukacyjnymi potwierdzam* zasadność zastosowania wnioskowanych form rozwiązań alternatywnych wymienionych w pkt/nie potwierdzam* zasadności zastosowania wnioskowanych form rozwiązań alternatywnych wymienionych w pkt

Data i podpis pełnomocnika:

Rozstrzygnięcie Prorektora ds studenckich i kształcenia

Na podstawie § 5 ust. 3 Zarządzenia Rektora z dnia 29 września 2023 r. w sprawie określenia szczegółowych zasad wprowadzania i zastosowania rozwiązań alternatywnych wobec studiujących osób ze szczególnymi potrzebami oraz mając na uwadze opinię pełnomocnika rektora ds. studentów z niepełnosprawnościami postanawiam:

.....
.....

Data i podpis Prorektora:

Załącznik nr 4 Zarządzenia nr/23
Rektora Niepaństwowej Wyższej Szkoły Pedagogicznej w
Białymstoku z dnia 29 września 2023 r. w sprawie określenia
szczegółowych zasad wprowadzania i zastosowania rozwiązań
alternatywnych wobec studiujących osób ze szczególnymi
potrzebami

Białystok, dnia.....

Imię i nazwisko:.....

Nr albumu:.....

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, iż otrzymany materiał dydaktyczny będę wykorzystywać wyłącznie na użytek prywatny. Zobowiązuję się także do ochrony otrzymanych materiałów, w tym zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t. j . Dz.U. z 2022 poz. 1062 z późn. zm.), oraz ewentualnych zarejestrowanych danych osobowych., w tym zobowiązuję się do nierozpowszechniania otrzymanych materiałów.

Podpis.....