

Załącznik nr 1
do Regulaminu przyznawania
wsparcia dla osób z
niepełnosprawnościami
w Uczelni Społeczno-Medycznej
w Warszawie

WZÓR

Nr wniosku:
**(uzupełnia Pełnomocnik Rektora ds. osób
z niepełnosprawnościami)**

Wniosek
o udzielenie wsparcia studentowi Uczelni Społeczno-Medycznej w Warszawie, będącemu
osobą z niepełnosprawnością, w roku akademickim/.....

Imię i nazwisko:	
Kierunek studiów:	Nr albumu:
System studiów: <input type="checkbox"/> stacjonarne <input type="checkbox"/> niestacjonarne	Rok studiów: <input type="checkbox"/> semestr zimowy <input type="checkbox"/> semestr letni
Poziom studiów: <input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia	
Adres korespondencyjny/dane teleadresowe: (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu) (telefon kontaktowy) (adres e-mail)	

1. Informuję, że posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (właściwe zaznaczyć):
- lekkim
 - umiarkowanym
 - znacznym

2. Orzeczony stopień niepełnosprawności ma charakter (właściwie zaznaczyć):

- trwałe – wydany jest na stałe
- czasowy – wydany jest na okres od do

3. Symbol przyczyny niepełnosprawności:

4. Typ niepełnosprawności (zaznaczyć jedną lub więcej pozycji):

- niepełnosprawność narządu ruchu
- niepełnosprawność narządu wzroku
- inny typ albo typy niepełnosprawności – należy podać, jakie:
.....

Zwracam się z prośbą o udzielenie wsparcia ze środków dotacji ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego na zadania związane ze stwarzaniem studentom będącym osobami z niepełnosprawnościami warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia na studiach (należy określić, czego wsparcie ma dotyczyć – np. wypożyczenia specjalistycznego sprzętu lub urządzenia, wykorzystania określonych materiałów lub pomocy dydaktycznych przygotowanych w formie dostosowanej do rodzaju niepełnosprawności, pomocy ze strony asystentów osób niepełnosprawnych, itp.) – zgodnie z § 8 Regulaminu przyznawania wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami w Uczelni Społeczno-Medycznej w Warszawie:

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

Proszę o udzielenie wsparcia:

- jednorazowo
- na okres jednego miesiąca – tj. na miesiąc
- na okres semestru w roku akademickim/.....
- na cały rok akademicki/.....

Uzasadnienie:

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

Załączone do wniosku dokumenty:

1. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych
2.
3.

Oświadczenie:

Świadomy odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, odpowiedzialności na podstawie art. 286 § 1 Kodeksu karnego, a także odpowiedzialności cywilnej oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(data i czytelny podpis studenta)

Opinia Pełnomocnika Rektora ds. osób z niepełnosprawnościami

Stwierdzam, że wniosek Pani/Pana

..... jest:

- a) **kompletny** **niekompletny**
- b) **zasadny** **niezasadny**

Proponuje udzielenie następującego wsparcia:

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

na okres:

.....
(data i podpis Pełnomocnika
Rektora ds. osób
z niepełnosprawnościami)

Decyzja Rektora Uczelni Społeczno-Medycznej w Warszawie

Po rozpatrzeniu wniosku Pani/Pana

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

na przyznanie wsparcia w formie zaproponowanej przez Pełnomocnika Rektora ds. osób z niepełnosprawnościami.

Uzasadnienie:

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

.....
(data i podpis Rektora)

Załącznik nr 2
do Regulaminu przyznawania
wsparcia dla osób z
niepełnosprawnościami
w Uczelni Społeczno-Medycznej
w Warszawie

WZÓR

Nr wniosku:
(uzupełnia Pełnomocnik Rektora ds. osób
z niepełnosprawnościami)

Wniosek
o udzielenie wsparcia pracownikowi Uczelni Społeczno-Medycznej w Warszawie,
będącemu osobą z niepełnosprawnością, w roku kalendarzowym/.....

Imię i nazwisko:
Jednostka organizacyjna administracji Uczelni:
Stanowisko:
Adres korespondencyjny/dane teleadresowe: (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu) (telefon kontaktowy) (adres e-mail)

1. Informuję, że posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (właściwe zaznaczyć):
 - lekkim
 - umiarkowanym
 - znacznym
2. Orzeczony stopień niepełnosprawności ma charakter (właściwe zaznaczyć):

- trwały – wydany jest na stałe
- czasowy – wydany jest na okres od do

3. Symbol przyczyny niepełnosprawności:

4. Typ niepełnosprawności (zaznaczyć jedną lub więcej pozycji):

- niepełnosprawność narządu ruchu
- niepełnosprawność narządu wzroku
- inny typ albo typy niepełnosprawności – należy podać, jakie:
.....

Zwracam się z prośbą o udzielenie wsparcia ze środków dotacji ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego na zadania związane ze stwarzaniem pracownikom Uczelni, będącym osobami z niepełnosprawnościami, warunków do pełnego udziału w prowadzeniu działalności naukowej

(należy określić, czego wsparcie ma dotyczyć – np. wypożyczenia specjalistycznego sprzętu lub urządzenia, wykorzystania określonych materiałów lub pomocy naukowych przygotowanych w formie dostosowanej do rodzaju niepełnosprawności – zgodnie z § 11 Regulaminu przyznawania wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami w Uczelni Społeczno-Medycznej w Warszawie:

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

Proszę o udzielenie wsparcia:

- jednorazowo
- na okres jednego miesiąca – tj. na miesiąc
- na okres roku kalendarzowego
- na cały okres zatrudnienia w Uczelni

Uzasadnienie:

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

.....
.....

Załączone do wniosku dokumenty:

1. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych
2.
3.

Oświadczenie:

Świadomy odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, odpowiedzialności na podstawie art. 286 § 1 Kodeksu karnego, a także odpowiedzialności cywilnej oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....

(data i czytelny podpis

pracownika)

Opinia Pełnomocnika Rektora ds. osób z niepełnosprawnościami

Stwierdzam, że wniosek Pani/Pana

..... jest:

- a) **kompletny** **niekompletny**
- b) **zasadny** **niezasadny**

Proponuje udzielenie następującego wsparcia:

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

na okres:

.....
**(data i podpis Pełnomocnika
Rektora ds. osób
z niepełnosprawnościami)**

Decyzja Rektora Uczelni Społeczno-Medycznej w Warszawie

Po rozpatrzeniu wniosku Pani/Pana

- wyrażam zgodę**
- nie wyrażam zgody**

na przyznanie wsparcia w formie zaproponowanej przez Pełnomocnika Rektora ds. osób z niepełnosprawnościami.

Uzasadnienie:

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

.....
(data i podpis Rektora)

Załącznik nr 3
do Regulaminu przyznawania
wsparcia dla osób z
niepełnosprawnościami
w Uczelni Społeczno-Medycznej
w Warszawie

WZÓR

dotyczy wniosku nr:
(uzupełnia Pełnomocnik Rektora ds. osób
z niepełnosprawnościami)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/ny.....

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących niepełnosprawności, zawartych we wniosku o udzielenie wsparcia ze środków dotacji ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego na zadania związane z zapewnieniem osobom z niepełnosprawnościami warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia, kształceniu na studiach lub prowadzeniu działalności naukowej (tj. orzeczonego stopnia niepełnosprawności, symbolu przyczyny niepełnosprawności, typu) niepełnosprawności, a także danych kontaktowych – adres do korespondencji, telefon kontaktowy, e-mail) przez Administratora Danych Osobowych – Uczelnię Społeczno-Medyczną w Warszawie, ul. Kaleńska 3, 04-367 Warszawa, w celu rozpatrzenia wniosku o wsparcie oraz wydatkowania ww. dotacji ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego, przy czym zagregowane i zanonimizowane dane mogą być również wykorzystywane przy podejmowaniu przez Uczelnię działań mających na celu:

- 1) rozpoznawanie potrzeb, problemów i oczekiwań studentów z niepełnosprawnościami;
- 2) likwidację barier uniemożliwiających osobom z niepełnosprawnościami udział w życiu społeczności akademickiej;
- 3) usuwanie barier w dostępie osób z niepełnosprawnościami do zasobów informacyjnych i edukacyjnych;
- 4) kształtowanie wolnego od stereotypów wizerunku osób z niepełnosprawnościami w społeczności akademickiej;
- 5) reprezentowanie interesów studentów z niepełnosprawnościami przed organami Uczelni oraz na zewnątrz;
- 6) zapewnienie wsparcia i opieki studentom z niepełnosprawnościami, których stan zdrowia lub sytuacja osobista mogą mieć wpływ na przebieg procesu kształcenia;
- 7) stworzenie banku informacji, w szczególności na stronie internetowej Uczelni, o formach pomocy dla osób z niepełnosprawnościami oferowanych przez Uczelnię;
- 8) przygotowywanie kadry Uczelni do pracy ze studentami z niepełnosprawnościami.

Zgodę wyrażam dobrowolnie i bezterminowo. Oświadczam, że zapoznałam/em się klauzulą informacyjną RODO, w tym z informacją o:

- 1) celu i sposobach przetwarzania danych osobowych;
- 2) prawie dostępu do treści swoich danych oraz prawie ich poprawienia;
- 3) możliwości sprostowania, usunięcia i ograniczenia przetwarzania danych;
- 4) możliwości wycofania zgody na przetwarzanie danych.

.....
 (data, miejscowość i podpis osoby
 wyrażającej zgodę)

**Oświadczenie
 o wycofaniu zgody na przetwarzanie danych osobowym**

Ja, niżej podpisana/ny.....

**korzystając z przysługującego mi prawa, niniejszym odwołuję z dniem
 wyrażoną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących
 niepełnosprawności, zawartych we wniosku o udzielenie wsparcia ze środków dotacji
 ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego na zadania związane z zapewnieniem
 osobom z niepełnosprawnościami warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na
 studia, kształceniu na studiach lub prowadzeniu działalności naukowej, w następującym zakresie:**

.....

.....
data, miejscowość i podpis osoby
składającej oświadczenie)

Klauzula informacyjna
dotycząca przetwarzania danych osobowych w zakresie dotyczącym udzielenia wsparcia ze środków dotacji ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego na zadania związane z zapewnieniem osobom z niepełnosprawnościami warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia, kształceniu na studiach lub prowadzeniu działalności naukowej

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 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) zwanego dalej „RODO” informujemy, że:

1. **Administratorem Danych Osobowych przetwarzanych w ramach udzielania wsparcia ze środków dotacji ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego na zadania związane z zapewnieniem osobom z niepełnosprawnościami warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia, kształceniu na studiach lub prowadzeniu działalności naukowej jest Uczelnia Społeczno-Medyczna w Warszawie, ul. Kaleńska 3, 04-367 Warszawa, zwana dalej „Administratorem”.**
2. **Cel oraz podstawa prawna przetwarzania danych osobowych.**
Dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia wsparcia studentom i pracownikom Uczelni z niepełnosprawnościami.
Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:
 - a) dane dotyczące niepełnosprawności na etapie rozpatrywania wniosku będą przetwarzane na podstawie zgody wyrażonej przez wnioskodawcę, zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a RODO, a w czasie realizacji wniosku (udzielania pomocy) będą przetwarzane na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO;
 - b) pozostałe dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO – w zakresie dotyczącym nałożonego na Administratora obowiązku dokonania rozliczeń z otrzymanych dotacji, w związku z przepisami ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2021 r. poz. 478 i 619);
 - c) dane osobowe pracowników Uczelni będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO.
3. **Odbiorcy danych osobowych:**
Odbiorcami Państwa danych osobowych w przypadkach szczególnych mogą być podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, jak również inni administratorzy

danych osobowych przetwarzający dane we własnym imieniu, np. podmioty prowadzące działalność pocztową lub kurierską. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być również uprawnione podmioty kontrolujące lub prowadzące audyt w zakresie wykorzystania dotacji.

4. Przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.

Administrator nie planuje przekazywać Państwa danych do państwa spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub do organizacji międzynarodowych mających siedzibę w państwie trzecim.

5. Czas, przez który dane osobowe będą przetwarzane.

Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez czas niezbędny do celu w jakim zostały zebrane, tj.:

- a) dane przetwarzane na etapie rozpatrywania wniosku będą przetwarzane do czasu rozpatrzenia wniosku lub wycofania przez wnioskodawcę zgody na przetwarzanie danych sensytywnych;
- b) dane przetwarzane w okresie realizacji wniosku (udzielania pomocy) będą przetwarzane do czasu zakończenia udzielania wsparcia, a po tym okresie będą przechowywane przez okres wskazany w odrębnych przepisach.

6. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora, przysługują Państwu następujące uprawnienia:

- a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
- b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
- c) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- d) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych uprawnień prosimy o przesłanie stosownego żądania do Administratora na adres podany na wstępie, z dopiskiem „Ochrona danych osobowych”.

7. Podanie Państwa danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji ww. czynności przetwarzania jest dobrowolne, jednak niezbędne do rozpatrzenia wniosku o udzielenie wsparcia. Niepodanie wymaganych danych będzie skutkowało odmową udzielenia wsparcia.

8. Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu Państwa danych osobowych, przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9. Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą poddane profilowaniu.

Załącznik nr 4
do Regulaminu przyznawania
wsparcia dla osób z
niepełnosprawnościami
w Uczelni Społeczno-Medycznej
w Warszawie

WZÓR

dotyczy wniosku nr:
(uzupełnia Pełnomocnik Rektora ds. osób
z niepełnosprawnościami)

Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy

W związku z brakiem zgody na udzielenie wsparcia ze środków dotacji ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego na zadania związane ze stwarzaniem pracownikom Uczelni, będącym osobami z niepełnosprawnościami, warunków do pełnego udziału w prowadzeniu działalności naukowej, zwracam się z prośbą o ponowne rozpatrzenie mojego wniosku z dnia

Prośbę swą uzasadniam tym, że:

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

Załączone do wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy dokumenty:

1.
2.
3.

.....
(data i czytelny podpis

wnioskodawcy)

Opinia Pełnomocnika Rektora ds. osób z niepełnosprawnościami

Stwierdzam, że wniosek Pani/Pana

..... jest:

a) **kompletny** **niekompletny**

b) **zasadny** **niezasadny**

Proponuje udzielenie następującego wsparcia:

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

na okres:

.....
**(data i podpis Pełnomocnika
Rektora ds. osób
z niepełnosprawnościami)**

Decyzja Rektora Uczelni Społeczno-Medycznej w Warszawie

Po rozpatrzeniu wniosku Pani/Pana

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

na przyznanie wsparcia w formie zaproponowanej przez Pełnomocnika Rektora ds. osób z niepełnosprawnościami.

Uzasadnienie:

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

.....
(data i podpis Rektora)