

Osoby niepełnosprawne proszone są o wypełnienie kwestionariusza rejestracyjnego i złożenie go w Centrum Wsparcia Studentów i Doktorantów. Celem tego kwestionariusza jest poznanie sytuacji zdrowotnej i akademickiej naszych studentów i doktorantów oraz adekwatne do nich planowanie dalszych działań wspomagających kształcenie – stosownie do stopnia i rodzaju niepełnosprawności, wynikających z niej potrzeb edukacyjnych jak również indywidualnych problemów poszczególnych osób. Wszystkie informacje będą traktowane jako poufne.

Uniwersytet w Białymstoku
Pełnomocnik Rektora d.s. Osób Niepełnosprawnych

KWESTIONARIUSZ REJESTRACYJNY

I. Dane osobowe

1.	Pierwsze imię	
2.	Drugie imię	
3.	Nazwisko	
4.	Nr PESEL	
5.	Adres stałego zameldowania z kodem pocztowym	
6.	Nr albumu	

II. Dane do kontaktu

1.	Adres do korespondencji (jeśli inny niż stałego zameldowania)	
2.	Nr telefonu	
3.	Adres e-mail (używany)	
4.	Preferowana forma kontaktu (proszę zaznaczyć znakiem X)	
	e-mail	<input type="checkbox"/>
	Telefon	<input type="checkbox"/>

III. Informacje dotyczące studiów (osoby studiujące na kilku kierunkach proszone są o podanie danych dotyczących wszystkich kierunków).

1.	Wydział	
2.	Kierunek	
3.	Rok studiów (właściwe podkreślić): I rok II rok III rok IV rok V rok	

5.	Rodzaj studiów (proszę zaznaczyć znakiem X)	
	Jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/>
	Studia licencjackie I-go stopnia	<input type="checkbox"/>
	Studia magisterskie II-go stopnia	<input type="checkbox"/>
	Studia doktoranckie III-go stopnia	<input type="checkbox"/>
6.	Tryb studiów (proszę zaznaczyć znakiem X)	
	Studia stacjonarne	<input type="checkbox"/>
	Studia niestacjonarne	<input type="checkbox"/>

IV. Informacje dotyczące niepełnosprawności lub choroby

1.	Stopień niepełnosprawności (właściwe podkreślić): lekki umiarkowany znaczny	
2.	Czy używa Pan/Pani sprzętu rehabilitacyjnego/medycznego lub specjalistycznego?	
	TAK (proszę krótko opisać jakiego sprzętu Pan/Pani używa)
	NIE	<input type="checkbox"/>
3.	Czy pojawiają się trudności w studiowaniu/wykonywaniu zadań związanych z uczeniem się?	
	TAK (proszę opisać jakie to są trudności i jaki związek mają z Pana/Pani stanem zdrowia)
	NIE	<input type="checkbox"/>
4.	Proszę opisać rodzaj oczekiwanej pomocy ze strony Uczelni/Pelnomocnika.	
	

Załączniki:

1. Orzeczenie o niepełnosprawności.

2.

3.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie podanych przeze mnie informacji w celu udzielenia mi niezbędnej pomocy zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29. sierpnia 1997r. (Dz. U. Nr 133 poz. 833 z późniejszymi zmianami).

Wyrażam zgodę na udział w badaniach społecznych dotyczących studentów i absolwentów niepełnosprawnych prowadzonych przez Uniwersytet w Białymstoku.

Wyrażam zgodę na gromadzenie, wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Pełnomocnika Rektora d.s. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu w Białymstoku wyłącznie w celach badawczych związanych z działalnością Uczelni i Pełnomocnika, które nie będą udostępniane żadnym innym osobom ani podmiotom (art. 23 ust. 1 pkt. 1 i 2 oraz ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych, Dz. U. 1997r., nr 133, poz. 833 z późniejszymi zmianami)

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji drogą elektroniczną dotyczących studentów niepełnosprawnych i organizowanych dla nich przedsięwzięć przez Pełnomocnika oraz Uniwersytet w Białymstoku zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. nr 244, poz. 1204 ze zm.).

.....
/Data/

.....
/Podpis/