KWESTIONARIUSZ REJESTRACYJNY
studenta ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

Data wpływu: .....
Podpis pracownika:

I. DANE OSOBOWE:

1. Nazwisko: ……..
2. Imię/ imiona: …….
3. Numer albumu ……. Rok studiów …….
4. Kierunek: …….…….
5. Tryb studiów: □ stacjonarne □ niestacjonarne
6. Rodzaj studiów: □ pierwszego stopnia □ drugiego stopnia □ jednolite magisterskie

II. DANE DO KONTAKTU:

1. Adres korespondencyjny …….
2. Numer telefonu ……
3. Adres email …….

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI/ CHOROBY*

1. Stopień niepełnosprawności**: □ lekki □ umiarkowany □ znaczny
2. Termin ważności orzeczenia .....
3. Symbol przyczyny niepełnosprawności …….
4. Niepełnosprawność jest skutkiem dysfunkcji narządu**:
   □ wzroku □ słuchu □ ruchu □ inne ……..
5. Opis niepełnosprawności/choroby z uwzględnieniem informacji, które mogą być pomocne przy udzieleniu wsparcia: ……..……

……..

……..

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w oparciu o przepisy 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). Moja zgoda dotyczy również danych wrażliwych, zawartych we wniosku oraz przedstawionych przeze mnie dokumentach, w celu przeprowadzenia należnych działań i czynności związanych z udzieleniem wsparcia przez Mazowiecką Uczelnię Publiczną w Płocku zgodnie z *Regulaminem dostosowania procesu kształcenia i badań naukowych do potrzeb studentów z niepełnosprawnościami lub ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku.*

……
(data, podpis studenta)

Załączniki**:
1. □ Kserokopia orzeczenia 2. □ Kserokopia innych dokumentów potwierdzających chorobę

*przekreśl niewłaściwe
**zaznacz właściwe