**Załącznik nr 1** do Regulaminu dostosowania procesu kształcenia i badań naukowych do potrzeb studentów
z niepełnosprawnościami lub ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w Akademii Mazowieckiej w Płocku

# KWESTIONARIUSZ REJESTRACYJNY studenta z niepełnosprawnościami lub ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

Data wpływu:

Podpis pracownika:

1. DANE OSOBOWE:
2. Nazwisko:
3. Imię/ imiona:
4. Numer albumu:
5. Rok studiów:
6. Kierunek:
7. Tryb studiów (zaznacz właściwe):

[ ]  stacjonarne

[ ]  niestacjonarne

1. Rodzaj studiów (zaznacz właściwe):

[ ]  pierwszego stopnia

[ ]  drugiego stopnia

[ ]  jednolite studia magisterskie

1. DANE DO KONTAKTU:
2. Adres korespondencyjny:
3. Numer telefonu:
4. Adres email:
5. INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI/ CHOROBY\*:
6. Stopień niepełnosprawności (zaznacz właściwe):

[ ]  lekki

[ ]  umiarkowany

[ ]  znaczny

[ ]  nie dotyczy

1. Termin ważności orzeczenia:
2. Symbol przyczyny niepełnosprawności:
3. Niepełnosprawność jest skutkiem dysfunkcji narządu
(zaznacz właściwe):

[ ]  wzroku

[ ]  słuchu

[ ]  ruchu

[ ]  inne

Przy zaznaczeniu odpowiedzi „inne” proszę wpisać czego dotyczy:

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 Akademię Mazowiecką w Płocku zgodnie z *Regulaminem dostosowania procesu kształcenia i badań naukowych do potrzeb studentów z niepełnosprawnościami lub ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w Akademii Mazowieckiej w Płocku.*

Data i podpis:

Załączniki (zaznacz właściwe):

1. [ ]  Kserokopia orzeczenia
2. [ ]  Kserokopia innych dokumentów potwierdzających chorobę