



Kwestionariusz rejestracyjny dla osób ubiegających się o pomoc
Centrum Wsparcia Osób Niepełnosprawnych
Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach (CWON UE Katowice)

DANE OSOBOWE

1. Nazwisko
2. Imię
3. Tel. domowy + kierunkowy
-

DANE POTRZEBNE DO UTRZYMYWANIA KONTAKTU

4. Tel. komórkowy
5. Adres e-mail

INFORMACJE DOTYCZĄCE STUDIÓW

6. Rok i kierunek studiów
(osoby studiujące na więcej niż jednym kierunku proszę o podanie wszystkich kierunków studiów)
.....
7. **Poziom kształcenia (proszę zaznaczyć właściwy rodzaj studiów)**
 - a) studia pierwszego stopnia
 - b) studia drugiego stopnia
 - c) studia trzeciego stopnia
 - d) studia podyplomowe
8. **Forma studiów**
 - a) studia stacjonarne (dzienne)
 - b) studia niestacjonarne (zaoczne)Nr albumu

INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI lub CHOROBY

9. **Stopień niepełnosprawności**
(proszę zaznaczyć właściwy stopień niepełnosprawności orzeczony przez komisję lekarską)
 - a) st. znaczny
 - b) st. umiarkowany
 - c) st. lekki
 - d) brak orzeczonego stopnia
10. **Rodzaj niepełnosprawności**
(proszę zaznaczyć jedną lub więcej niepełnosprawności odnoszących się do Pana/Pani)
 - a) narządu ruchu
 - b) narządu wzroku
 - c) narządu słuchu
 - d) z tytułu ogólnego stanu zdrowia
 - e) inna (jaka?)

11. Opis niepełnosprawności

(proszę krótko opisać swoją niepełnosprawność, uwzględniając w szczególności takie informacje, które mogą okazać się ważne przy doborze odpowiedniej pomocy, np. sposób poruszania się, rodzaj używanego sprzętu specjalistycznego, sposób pisania i czytania):

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

12. Trudności w studiowaniu

(proszę opisać trudności pojawiające się podczas studiów, które spowodowały chęć skorzystania z pomocy CWON)

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

13. Rodzaj oczekiwanej pomocy

(proszę krótko scharakteryzować pomoc, jakiej oczekuje Pan/Pani od pracowników CWON)

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

- Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez Centrum Wsparcia Osób Niepełnosprawnych podanych przez mnie informacji w celu udzielenia mi niezbędnej pomocy.*
- Jednocześnie zgadzam się, aby pracownicy CWON UE Katowice zapoznali się z przedstawioną przez mnie dokumentacją medyczną lub/i informacją o stanie mojego zdrowia, w celu zaplanowania adekwatnego wsparcia na studiach.*

*We właściwej kratce wstawić „X”

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.)
- art. 94 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 2183 z późn. zm.)

.....
(data, podpis)