**Wniosek o udzielenie wsparcia**

**Imię i nazwisko studenta:**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**Adres do korespondencji, telefon, e-mail:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**WYKSZTAŁCENIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Studia I stopnia**  | Wydział |
| Kierunek, specjalność |
| Rok studiów |
| Tryb |
| **Studia II stopnia**  | Wydział Studiów Stosowanych |
| Kierunek, specjalność  |
| Rok studiów  |
| Tryb  |
| **Studia III stopnia** | Wydział |
| Kierunek, specjalność |
| Rok studiów |
| Tryb |
| Kserokopia dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności ⬜ TAK ⬜ NIE |

**Rodzaj oczekiwanego wsparcia**:

* warsztaty integracyjno-rozwojowe
* konsultacje indywidualne z określania potencjału edukacyjno-zawodowego
* porady psychologiczne
* asystent edukacyjny
* tłumacz języka migowego
* inne, jakie

**Uwaga!**

Student/doktorant składający wniosek o udzielenie wsparcia tłumacza języka migowego/asystenta edukacyjnego jest zobowiązany poinformować Biuro Karier i Praktyk Uniwersytetu Dolnośląskiego DSW we Wrocławiu o terminie/miejscu/godzinie pierwszych zajęć **tydzień przed ich rozpoczęciem.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Uniwersytet Dolnośląski DSW we Wrocławiu (ul. Strzegomska 55, 53-611 Wrocław) zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) i art. 9 ust. 2 lit. a) 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 119/1 z dnia 4 maja 2016 r.) w celu rozpatrzenia wniosku, a następnie udzielenia wsparcia przez St. Specjalistę ds. osób z niepełnosprawnością/doradcy zawodu Uniwersytetu Dolnośląskiego DSW we Wrocławiu. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych przez czas niezbędny do realizacji wyżej wymienionych celów lub do cofnięcia wyrażonej zgody.

Oświadczam, że podaję dane i wyrażam zgodę dobrowolnie i w sposób świadomy, zaś administrator danych przed wyrażeniem niniejszej zgody przekazał mi informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 RODO,
w tym informację o możliwości cofnięcia wyrażonej zgody. Mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem Działalności St. specjalisty ds. osób z niepełnosprawnością /doradcy zawodu w Biurze Karier Uniwersytetu Dolnośląskiego DSW we Wrocławiu.

Data i podpis studenta

|  |  |
| --- | --- |
| TAK/NIE | Wyrażam zgodę na otrzymywanie na mój adres e-mail informacji wysłanych przez St. Specjalistę ds. osób z niepełnosprawnością/doradcę zawodu Uniwersytetu Dolnośląskiego DSW we Wrocławiu związanych z wydarzeniami, możliwym wsparciem, szkoleniami itp. informacjami które mogą mnie dotyczyć. Państwa e-mail nie będzie przekazywany do firm zewnętrznych i wykorzystywany w celach marketingowych. Zgodę tą można wycofać w dowolnym momencie. |
|  |

 Data i podpis studenta