Załącznik nr 7 do R.000.35.20

**KWESTIONARIUSZ dla kandydatów z niepełnosprawnościami i przewlekle chorymi**

**Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami**

*Na podstawie informacji zawartych w kwestionariuszu zostanie ustalona forma wsparcia, zakres działań w czasie studiów nakierowanych na niepełnosprawnego studenta. Prosimy więc o rzetelne wypełnienie kwestionariusza i podawanie informacji zgodnych z prawdą.*

***Wybrane odpowiedzi prosimy podkreślić.***

1. Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. PESEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Adres e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Nazwa i adres szkoły średniej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. a) nowa matura b) stara matura c) inna

7. Rodzaj ukończonej szkoły: a) ogólnodostępna b) integracyjna c) specjalna

8. Tryb nauczania w szkole średniej: a) standardowy b) indywidualny

9. Informacje dotyczące wcześniejszego kształcenia na poziomie wyższym (np: rozpoczęte studia, ukończone itd):

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10. Kierunki studiów, na które zamierza Pani/Pan ubiegać się o przyjęcie:

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------…………………………………………………………………………………………………………

11. Forma studiów, jakie chciałaby/chciałby Pani/Pan podjąć:

a) studia stacjonarne

b) studia stacjonarne (wieczorowe)

c) studia niestacjonarne (zaoczne)

12. Poziom kształcenia, na jakim chciałby(-aby) Pan(-i) podjąć studia:

a) studia pierwszego stopnia

b) studia drugiego stopnia

c) jednolite studia magisterskie

13. Stopień niepełnosprawności (proszę zaznaczyć właściwy stopień niepełnosprawności orzeczony przez komisję lekarską):

a) stopień znaczny

b) stopień umiarkowany

c) stopień lekki

d) brak orzeczonego stopnia

14. Typ niepełnosprawności lub choroby (proszę wybrać jedną lub więcej niesprawność/chorobę odnoszącą się do Pani/Pana):

a) niesprawność narządu ruchu

b) niesprawność narządu wzroku

c) niesprawność narządu słuchu

d) trudności/zaburzenia o charakterze psychologicznym

e) niesprawność powypadkowa (czasowa)

f) choroby przewlekłe (prosimy podać, jakie?)..............................................................................

g) inne (prosimy podać, jakie?) ......................................................................................................

15. Opis niepełnosprawności lub choroby (proszę krótko opisać swoją niepełnosprawność lub chorobę uwzględniając informacje o rodzaju używanego sprzętu specjalistycznego, sposobie pisania i czytania, potrzebach i trudnościach mogących występować w trakcie rekrutacji oraz dalszej nauki).

16.Informacje dodatkowe:

a) Czy posługuje się Pani/Pan językiem migowym? Nie dotyczy Tak Nie

b) Czy potrzebuje Pan/Pani kursu orientacji przestrzennej w zakresie poruszania się po terenie Uczelni? Nie dotyczy Tak Nie

c) Czy jest Pani/Pan w stanie przemieścić się (robiąc kilka kroków) z wózka na inne miejsce (fotel   
w samochodzie, krzesło, toaleta) ? Nie dotyczy Tak Nie

17. Dokumentacja medyczna (proszę wymienić dokumenty, jakie załącza Pan/Pani do kwestionariusza):

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------………………………………………………………………………………………………………….

18. Czy potrzebuje Pani/Pan konkretnego wsparcia w trakcie rekrutacji na studia? Proszę dokładnie opisać jakiego?

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

19. Inne Pani/Pana sugestie/spostrzeżenia:

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

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

**Uwaga: potrzebę dostosowania, zmiany   
w egzaminach należy zgłosić najpóźniej do siedmiu dni roboczych przed terminem egzaminu, w przeciwnym razie nie gwarantujemy możliwości dostosowania egzaminu.**

Informacja dla kandydatów na studia Zgodnie z art. 13 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 – ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz. U. UE L 119/1 z dnia 4 maja 2016 r.) Akademia Pomorska w Słupsku informuje, iż:

1) Administratorem Pani/Pana danych jest Akademia Pomorska w Słupsku reprezentowany przez Rektora z siedzibą przy ul. Arciszewskiego 22a, 76-200 Słupsk;

2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: zenon.stanislawek@apsl.edu.pl;

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zapewnienia warunków pełnego udziału w procesie postępowania rekrutacyjnego na studia zgodnie z przepisami ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym (tekst jednolity: Dz.U. z 2017 r. poz. 2183 z późn. zm.) oraz Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych sporządzoną w dniu 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169);

4) podstawę do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych dotyczących zdrowia stanowi zgoda na przetwarzanie danych osobowych;

5) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres 6 miesięcy po zakończeniu procesu rekrutacji, a w przypadku przyjęcia na studia zgodnie z tokiem realizacji studiów, a następnie zostaną poddane archiwizacji i będą przechowywane przez 50 lat;

6) Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać upoważnieni przez administratora pracownicy oraz członkowie uczelnianych komisji rekrutacyjnych;

7) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak w przypadku ich nie podania nie będzie Pani/Pan mogła/mógł skorzystać z zapewnienia warunków pełnego udziału w procesie postępowania rekrutacyjnego na studia;

8) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania.

9) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Akademię Pomorską w Słupsku, z siedzibą przy ul. Arciszewskiego 22a, 76-200 Słupsk w celu zapewnienia warunków pełnego udziału w procesie postępowania rekrutacyjnego na studia. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałam(-em) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

(data) (podpis)