



WNIOSEK O UDZIELENIE WSPARCIA

Imię i nazwisko studenta/doktoranta:

.....

Adres do korespondencji, telefon, e-mail:

.....

.....

WYKSZTAŁCENIE

Studia I stopnia	Wydział
	Kierunek, specjalność
	Rok studiów
	Tryb
Studia II stopnia	Wydział
	Kierunek, specjalność
	Rok studiów
	Tryb
Studia III stopnia	Wydział
	Kierunek, specjalność
	Rok studiów
	Tryb
Kserokopia dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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 o terminie/miejscu/godzinie pierwszych zajęć **tydzień przed ich rozpoczęciem.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Dolnośląską Szkołę Wyższą (ul. Wagonowa 9, 53-609 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 Koordynatora ds. osób z niepełnosprawnością/doradcy zawodu DSW. 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 Koordynatora ds. osób z niepełnosprawnością /doradcy zawodu w Biurze Karier w Dolnośląskiej Szkole Wyższej.

.....
Data i podpis studenta/doktoranta

TAK/NIE Wyrażam zgodę na otrzymywanie na mój adres e-mail informacji wysłanych przez Koordynatora ds. osób z niepełnosprawnością/doradcy zawodu DSW 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/doktoranta