*Appendix No. 1 to the Rules of granting the service of a personal assistant to disabled students of the University of Opole*

|  |
| --- |
| LogoUO czarne**REQUEST FOR A SERVICE****OF A PERSONAL ASSISTANT TO A PERSON WITH A DISABILITIES /*****WNIOSEK O PRZYZNANIE USŁUGI******ASYSTENTA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI*** |
|  |
| **I. Personal details/ *Dane osobowe*** |
| Full name / *Imię i nazwisko:* ……………………………………………………………………………. |
|  |
| Date and place of birth / *Data i miejsce urodzenia:* ……………………………………………. |
|  |
| ID card number/Passport number/Residence card number / *Seria i numer dowodu osobistego/ Numer paszportu/ Numer karty pobytu*: …..………………………………………….. |
| PESEL (if applicable) / *PESEL(jeśli dotyczy)*: ………………………………………………………... |
|  |
| Permanent address / *Adres stałego zamieszkania*: ………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Correspondence address / Adres korespondencyjny: …..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| contact phone number / nr telefonu kontaktowego ……………………………………………….E-mail (number@student.uni.opole.pl / e-mail (numeralbumu@student.uni.opole.pl: …………………………………………………….Faculty/Unit / *Nazwa Wydziału/Jednostki*: ....................................................................Study programme / *Kierunek studiów:* ............................................................................Type of studies / *Rodzaj studiów*: |
| - full-time/part-time/full-time short-term (including Erasmus+, incoming mobility under  a bilateral agreement) /*stacjonarne/niestacjonarne/stacjonarne krótkoterminowe (m.in.*  *Erasmus+, przyjazd w ramach umowy bilateralnej)*\*- first cycle, second-cycle, long-cycle / *I stopnia, II stopnia, jednolite magisterskie*\*Year of studies / *Rok studiów*: ………….……………………………………………………………...Student number / Nr albumu: …..……………………………………………………………………..Language/languages for communication with the assistant */ Język/języki komunikacji z asystentem*:…………………………………………………………………………………………………………………. |
|  |  |
| II. Degree of disability - certified by a medical board\* |
| * severe / *znaczny stopień niepełnosprawności*
* moderate / *umiarkowany stopień niepełnosprawności*
* mild /*lekki stopień niepełnosprawności*
 |
|  |
| III. Request for service period (not more than one semester of study) / *Okres wnioskowania o usługę (nie dłuższy niż jeden semestr studiów)*: |
| Academic year / *Rok akademicki*:  | 20...../20...... |
| Semester / *Semester*:  | summer/winter / *letni/ zimowy*\* |
| Time when the assistant of a disabled person would work° (attach a class schedule/day plan and indicate which classes/activities the service would cover):………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **IV. Justification for the need of service / *Uzasadnienie konieczności przyznania usługi*:**……………………………………………………………………….…………………………………………..……………………………………………………………………….………………………………………….. …..………………………………………………………………….…………………………………………… …...……………………………………………………………………………………………………………… …...……………………………………………………………………………………………………………… …........………………………………………………………….……………………………………………… |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Enclosed documents:1. A certificate confirming student status, issued by the Dean's Office of the competent faculty;
2. A valid disability certificate, disability degree certificate or certificate referred to in Art. 5 and Art. 62 of the Act of August 27, 1997 on vocational and social rehabilitation and the employment of disabled persons;
3. A medical certificate of current health condition (if required by the OASA officer);
4. The student's schedule of classes/day activities together with information which of the classes/activities would be included in the assistant's service,
5. A declaration that the student has read these Rules and accepts its provisions;
6. A signed consent clause concerning consent to the processing of personal data together with information on the processing of personal data.
 | Załączone dokumenty:1. Zaświadczenie potwierdzające status studenta wydane przez dziekanat właściwego wydziału;
2. Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie, o którym mowa w art. 5 oraz art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
3. Zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia (jeżeli wymaga tego pracownik BDiSS UO);
4. Plan zajęć/dnia studenta wraz z informacją, które z zajęć/czynności dnia miałaby obejmować usługa asystenta,
5. Oświadczenie studenta o zapoznaniu się niniejszym Regulaminem i akceptacji jego postanowień;
6. Podpisaną klauzulę zgody dotyczącą zgody na przetwarzanie danych osobowych wraz z informacją o przetwarzaniu danych osobowych.
 |

 |
|   |
| \*underline as appropriate / właściwe podkreślić Date and signature of the Applicant /  Data i podpis Wnioskodawcy  |

(To be completed by an officer of the OASA - Office for People with Disabilities) / *(Wypełnia pracownik BDiSS UO – Biuro ds.Osób Niepełnosprawnych*)

**Detailed information collected by an officer in an interview with a person with disabilities / *Szczegółowe informację zebrane przez pracownika w przeprowadzonym wywiadzie z osoba z niepełnosprawnością***

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |
|  | Date and signature for the OASA / *Data i podpis BDiSS* |