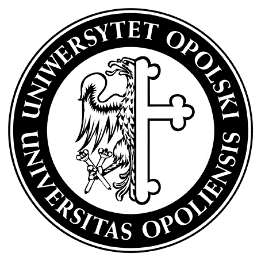
**Zarejestruj się w BON i korzystaj z naszego wsparcia!**

Ubiegając się o wsparcie Biura ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Opolskiego należy dokonać rejestracji wypełniając załączony poniżej kwestionariusz, a następnie udać się do biura w celu złożenia dokumentów oraz omówienia wymaganego wsparcia. Dodatkowo wymagane są dokumenty potwierdzające stan zdrowia (aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie). W zależności od wymaganego wsparcia, pracownik Biura ds. Osób Niepełnosprawnych może poprosić o dodatkową dokumentację medyczną.

**KWESTIONARIUSZ REJESTRACYJNY**

**dla osób ubiegających się o wsparcie**

**Biura ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Opolskiego**

**I. DANE OSOBOWE**

Imię: ………………………………………………………………………………………..

Nazwisko: …………………………………………………………………………………..

Numer PESEL: ……………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………..

Telefon: ……………………………………………………………………………………..

Adres e-mail: ………………………………………………………………………………..

**II. INFROMACJE DOTYCZĄCE STUDIÓW**

Rok studiów: …………………………………………………………………………………

Kierunek/specjalność: ………………………………………………………………………..

Wydział: ……………………………………………………………………………………...

Numer albumu: ………………………………………………………………………………

Poziom studiów:

studia pierwszego stopnia (lic. inż.)

studia drugiego stopnia (uzup. mgr)

studia trzeciego stopnia (doktoranckie)

studia jednolite magisterskie

Forma studiów:

stacjonarne (dzienne)

niestacjonarne (zaoczne, wieczorowe)

**III. INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB CHOROBY**

Stopień niepełnosprawności – orzeczony przez komisję lekarską:

lekki

umiarkowany

znaczny

brak orzeczonego stopnia

Typ trudności lub choroby:

niepełnosprawność narządu ruchu

niepełnosprawność narządu wzroku

niepełnosprawność narządu słuchu

zaburzenia psychiczne

niesprawność powypadkowa (czasowa) …………………………………………………

choroby wewnętrzne (jakie?) …………………………………………………………….

inne (jakie?) ………………………………………………………………………………

Trudności w studiowaniu (trudności pojawiające się podczas studiów):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rodzaj i zakres oczekiwanego wsparcia ze strony Uniwersytetu:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Okres wnioskowania o usługę:

semestr

letni/zimowy \* roku akademickiego 20……/20……

rok akademicki 20…../20…...

*Data i podpis*

**\***niewłaściwe skreślić

**ZAŁĄCZNIKI**

1. *Potwierdzenie statusu studenta przez dziekanat (zaświadczenie).*
2. *Potwierdzenie stopnia niepełnosprawności lub stanu zdrowia (orzeczenie lub zaświadczenie lekarskie).*

*Data i podpis*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**KLAUZULA ZGODY**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/ Podpis /