

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. INFORMACJE 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 (dienne)
- niestacjonarne (zaoczne, wieczorowe)

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB CHOROBY

Stopień niepełnosprawności – orzeczonej 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 /