



WNIOSEK O PRYZNANIE USŁUGI ASYSTENTA DYDAKTYCZNEGO

I. Dane osobowe

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Seria i numer dowodu osobistego:

PESEL:

Adres stałego zamieszkania:

.....

Adres korespondencyjny:

.....

nr telefonu kontaktowego:

e-mail (numeralbumu@student.uni.opole.pl):

Nazwa Wydziału /Jednostki:

Kierunek studiów:

Rodzaj studiów:

stacjonarne/niestacjonarne, I stopnia, II stopnia, jednolite magisterskie^o

Rok studiów:

Nr albumu:

II. Stopień niepełnosprawności orzeczony przez komisję lekarską^o

- znaczny stopień niepełnosprawności
- umiarkowany stopień niepełnosprawności
- lekki stopień niepełnosprawności

¹ W brzmieniu nadanym przez § 1 ust. 1 pkt 2 zarządzenia nr 125/2024 Rektora Uniwersytetu Opolskiego z dnia 4 października 2024 r. w sprawie zmiany i ogłoszenia tekstu jednolitego zarządzenia nr 36/2011 Rektora Uniwersytetu Opolskiego z dnia 16 listopada 2011 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu przyznawania usługi asystenta dydaktycznego.

III. Okres wnioskowania o usługę (nie dłuższy niż jeden semestr studiów):

Rok akademicki: 20..... /20.....

Semestr: letni/zimowy °

Czas, w którym miałyby pracować asystent osoby niepełnosprawnej ° (należy załączyć plan zajęć/dnia i zaznaczyć, które zajęcia/czynności miałyby obejmować usługę):

.....

IV. Uzasadnienie konieczności przyznania usługi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 BSS UO);
4. Plan zajęć/dnia studenta wraz z informacją, które z zajęć/czynności dnia miałyby obejmować usługę asystenta,
5. Oświadczenie studenta o zapoznaniu się niniejszym Regulaminem i akceptacji jego postanowień;
6. Podpisana klauzulę zgody dotyczącą zgody na przetwarzanie danych osobowych wraz z informacją o przetwarzaniu danych osobowych.

°właściwe podkreślić

Data i podpis Wnioskodawcy

(Wypełnia pracownik BSS UO – Obsługi Studentów z Niepełnosprawnościami)

Szczegółowe informacje zebrane przez pracownika w przeprowadzonym wywiadzie z osobą z niepełnosprawnością

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data i podpis pracownika
BSS UO