*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](mailto:number@student.uni.opole.pl) / e-mail ([numeralbumu@student.uni.opole.pl](mailto: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* |