

Zgłoszenie na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnościami (dalej: AON) / tłumacza języka migowego (dalej: TJM)

do Zarządzenia wewnętrznego Nr R021.1.20.2021 Rektora Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie z dnia 22 lutego 2021r.

Dane osobowe kandydata

Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Kierunek, stopień studiów/ dziedzina, dyscyplina	
Numer albumu	
Forma studiów (stacjonarne, niestacjonarne)	
Rok studiów	
Adres e-mail	
Telefon kontaktowy	

Doświadczenie i kwalifikacje

Czy miał/a Pan/i kiedyś kontakt z osobami z niepełnosprawnościami?

Jeżeli tak, to gdzie i jaki?

Czy posiada Pan/i umiejętności i cechy, które mogą pomóc przy współpracy ze studentem / doktorantem z niepełnosprawnościami (np. znajomość języka migowego, empatia, cierpliwość)?

Czy posiada Pan/i kwalifikacje wymagane do pełnienia funkcji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnościami (AON) / tłumacza języka migowego (TJM)*? Jeżeli tak, to jakie i gdzie oraz kiedy uzyskane?

Preferencje

Z osobami z jakimi niepełnosprawnościami chciałby/chciałaby Pan/i współpracować?

- ruchową
- wzrokową
- słuchową
- nie ma to znaczenia

Dodatkowe informacje, które mogą być przydatne w dopasowaniu osoby asystenta / tłumacza języka migowego do studenta / doktoranta z niepełnosprawnościami

Podpis studenta/doktoranta

Data złożenia wniosku

Podpis Pełnomocnika Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnościami

Opinia Pełnomocnika Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnościami

Częstochowa, dnia _____

podpis Pełnomocnika Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnościami

Oświadczenie asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnościami (AON)/ tłumacza języka migowego (TJM)*

W związku z wykonywanymi usługami asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnościami/ tłumacza języka migowego*

do Zarządzenia wewnętrznego Nr R021.1.20.2021 Rektora Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie z dnia 22 lutego 2021r.

imię i nazwisko studenta/doktoranta z niepełnosprawnościami

oświadczam, że:

1. stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie powierzonych zadań asystenta/ tłumacza języka migowego*, zgodnie z umową zlecenia zawartą w dniu _____ ;
2. dochoвам tajemnicy w związku z wykonywanymi zadaniami względem ww. studenta/doktoranta z niepełnosprawnościami;
3. Zapoznałem/am się z przepisami załącznika
1 - Zasady przydzielania asystenta osobistego studentom i doktorantom UJD z niepełnosprawnościami / załącznika 2 - Zasady przyznawania usługi tłumacza języka migowego dla studentów i doktorantów UJD z niepełnosprawnościami* do Zarządzenia wewnętrznego Nr R021.1.20.2021 Rektora Uniwersytetu Humanistyczno- Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie z dnia 22 lutego 2021r. w sprawie zasad dotyczących wykorzystania środków z dotacji podmiotowej przeznaczonej na zadania związane z zapewnieniem osobom z niepełnosprawnościami warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia i kształcenia oraz prowadzenia działalności naukowej na Uniwersytecie Humanistyczno-Przyrodniczym im. Jana Długosza w Częstochowie oraz zobowiązuje się do ich przestrzegania.

Częstochowa, dnia _____

podpis asystenta osobistego osoby
z niepełnosprawnościami (AON / tłumacza języka
migowego (TJM)*

*niepotrzebne skreślić

Informacja dot. przetwarzania danych osobowych

formularz dla asystentów osobistych osób z niepełnosprawnością (AON) oraz dla tłumaczy języka migowego (TJM)

Imię i Nazwisko

Wydział / Szkoła doktorska

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie informuje, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie, ul. Waszyngtona 4/8, 42-200 Częstochowa;
2. dane kontaktowe inspektora ochrony danych w Uniwersytecie Humanistyczno-Przyrodniczym im. Jana Długosza w Częstochowie: e-mail: iod@ujd.edu.pl, tel. 34 37-84-133;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu stworzenia Pani/Panu warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia i badaniach naukowych, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia zadań związanych z obsługą studentów i doktorantów z niepełnosprawnością;
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami obowiązującego prawa – 5 lat po zakończeniu realizacji wsparcia;
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, prawo do ograniczenia przetwarzania i prawo do przenoszenia danych;

8. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
9. podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do udzielenia Pani/Panu wsparcia i zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udzielenia Pani/Panu wsparcia;
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.

Przyjmuję do wiadomości

Data

Podpis