



Kwestionariusz rejestracyjny dla osób ubiegających się o pomoc

Biura ds. Osób Niepełnosprawnych UW

DANE OSOBOWE

1. Nazwisko
2. Imię
3. Nr PESEL
4. Adres stałego zameldowania
-
5. Tel. Domowy + nr kierunkowy

DANE POTRZEBNE DO UTRZYMYWANIA KONTAKTU

6. Adres korespondencyjny z kodem pocztowym
-
7. Tel. komórkowy
8. Adres e-mail

INFORMACJE DOTYCZĄCE STUDIÓW

9. Rok i wydział studiów
(osoby studiujące na więcej niż jednym kierunku proszę o podanie wszystkich kierunków studiów)

10. Poziom kształcenia (proszę zaznaczyć właściwy rodzaj studiów):

- a) studia magisterskie d) studia trzeciego stopnia
b) studia pierwszego stopnia e) studia podyplomowe
c) studia drugiego stopnia

11. Forma studiów

- a) studia stacjonarne (dienne)
b) studia niestacjonarne (zaoczne)
c) studia niestacjonarne (wieczorowe)

Nr albumu

INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI lub CHOROBY:

12. Stopień niepełnosprawności

(proszę zaznaczyć właściwy stopień niepełnosprawności orzeczonej przez komisję lekarską):

- a) st. znaczny
b) st. umiarkowany
c) st. lekki
d) brak orzeczonego stopnia

13. Rodzaj niepełnosprawności

(proszę zaznaczyć jedną lub więcej niepełnosprawności odnoszących się do Pana/Pani):

- a) narządu ruchu
b) narządu wzroku
c) narządu słuchu
d) z tytułu ogólnego stanu zdrowia
e) inna (jaka?)

14. Opis niepełnosprawności

(proszę krótko opisać swoją niepełnosprawność uwzględniając w szczególności takie informacje, które mogą okazać się ważne przy doborze odpowiedniej pomocy, np. sposób poruszania się, rodzaj używanego sprzętu specjalistycznego, sposób pisania i czytania):

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

15. Trudności w studiowaniu

(proszę opisać trudności pojawiające się podczas studiów, które spowodowały chęć skorzystania z pomocy BON)

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

16. Rodzaj oczekiwanej pomocy

(proszę krótko scharakteryzować pomoc jakiej oczekuje Pan/Pani od pracowników BON)

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

/Podpis/Data/

* Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych UW podanych przeze mnie informacji w celu udzielenia mi niezbędnej pomocy zgodnie z Ustawą z dnia 29. sierpnia 1997r. (Dz. U. Nr 133 poz. 833).
* Jednocześnie zgadzam się, aby pracownicy Biura ds. Osób Niepełnosprawnych UW zapoznali się z przedstawioną przeze mnie dokumentacją medyczną lub/i informacją o stanie mojego zdrowia w celu zaplanowania adekwatnego wsparcia na studiach.

/Podpis/Data/