**ANKIETA WSPARCIA**

**Rok akademicki……………………………………….**

**Imię………………………………....................Nazwisko…………………………………………………………………**

**PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Adres zameldowania…………………………………………………………………………………..........................**

**Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………………………………….**

**Telefon ………………………………………………E – mail…………………………………………………………………**

**Jednostka organizacyjna…..…………………………………………………………………………………………………………………**

**Rodzaj niepełnosprawności:**

**- narząd ruchu…………………………………………………………………………………………………………………….**

**- narząd wzroku…………………………………………………………………………………………………………………..**

**- narząd słuchu……………………………………………………………………………………………………………………**

**Stopień niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany, lekki/ inne schorzenie nie określone orzeczeniem/ sytuacja w kryzysie zdrowia psychicznego\***

**Dokumentacja medyczna: orzeczenie o niepełnosprawności/ nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności/ inna dokumentacja medyczna\***

**Orzeczenia ważne do:…………………………………………………………………………………………………………**

**Oczekiwana pomoc i wsparcie ……………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

\*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku przez Uniwersytet Humanistyczno – Technologiczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu( zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz 1000 )w celach związanych z udzieleniem mi wsparcia określonego w niniejszym wniosku.

**Data Podpis**

**………………………………………….. ………………………………………..**

**\***zakreślić odpowiednie