**ZGŁOSZENIE WYBORU FORMY WSPARCIA**

**Imię i nazwisko**…………………………………………………………………………………………………………………….

**Wydział**………………………………………………….**Kierunek**…………………………………………………………..

**Studia stacjonarne/studia niestacjonarne** ( zakreśl odpowiednie)

**Rodzaj i stopień niepełnosprawności**………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Inne schorzenie nie określone orzeczeniem**……………………………………………………………………………

**Kryzys zdrowia psychicznego**………………………………………………………………………………………………….

**Opisz krótko z jakim problemami i trudnościami spotykasz się na Uczelni**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Forma wsparcia z jakiej chciałabyś/chciałbyś skorzystać**

1. Asystent studenta niepełnosprawnego

2. Transport na i z zajęć dydaktycznych

3. Użyczenie sprzętu specjalistycznego

4. Tłumacz języka migowego

5. Zajęcia sportowe

6. Konsultacje w zakresie zdrowia psychicznego ( psycholog, socjoterapeuta)

7. Konsultacje logopedy

8. Konsultacje z języka obcego dla osób niesłyszących i niedosłyszących

**Uzasadnij swój wybór**

Asystent studenta niepełnosprawnego – w czym potrzebna jest ci jego pomoc, w jakim czasie potrzebujesz jego wsparcia ( liczba godzin w miesiącu )………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Transport na i z zajęć dydaktycznych…………………………………………………………………………………………………..

Użyczenie sprzętu specjalistycznego – jaki sprzęt chciałbyś wypożyczyć

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Tłumacz języka migowego – w jakim zakresie oczekujesz pomocy tłumacza ( określ liczbę godzin w miesiącu)…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zajęcia sportowe - pływalnia, gimnastyka kompensacyjna, siłownia ( zaznacz właściwe)

\*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