



## ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

1) orzeczenie o niepełnosprawności

2) .....

3).....

.....  
*podpis studenta*

Proszę zaznaczyć właściwe

zgodnie z §2 ust. 1 Regulaminu przyznawania wsparcia oraz dysponowania środkami w ramach dotacji budżetowej na zadania związane ze stwarzaniem studentom, będącymi osobami z niepełnosprawnością warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania z art. 233 § 1 kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej za podawanie nieprawdziwych danych, **o s w i a d c a m**, że podane wyżej informacje dotyczące spełnienia warunków niezbędnych do otrzymania wsparcia są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
*data i podpis studenta*

Ja....., **wyrażam zgodę na przetwarzanie** szczególnych kategorii danych osobowych, zgodnie z dyspozycją art. 9 pkt. 2b rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679, tj. danych wrażliwych w zakresie, m.in. stanu zdrowia, zdrowia psychicznego, danych genetycznych, biometrycznych, danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne **oraz na przetwarzanie danych zawartych w złożonym przeze mnie wniosku** Dane przetwarzane będą przez Administratora tylko w celu udzielenia wsparcia w roku akademickim 2019/2020 zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. 2018, poz. 1668). Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.

.....  
*data i podpis studenta*

## OPINIA PRACOWNIKA BDON

Stwierdzam, że wniosek jest kompletny i proponuję udzielenie następującego wsparcia:

a).....

b).....

c).....

d).....

e).....

.....  
*data, pieczętka i podpis pracownika BDON*