

KWESTIONARIUSZ REJESTRACYJNY

DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko:

2. Adres zameldowania:

3. Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż zameldowania):

.....
.....

4. Telefon kontaktowy:

5. Adres e-mail:

6. Numer albumu:

7. Preferowana forma kontaktu:

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> e-mail | <input type="checkbox"/> list |
| <input type="checkbox"/> telefon | <input type="checkbox"/> list z powiększoną czcionką |
| <input type="checkbox"/> sms | |

INFORMACJE O STUDIACH

8. Wydział:

9. Kierunek studiów:

10. Rok studiów:

11. Poziom studiów:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> studia I stopnia | <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie |
| <input type="checkbox"/> studia II stopnia | <input type="checkbox"/> Pierwsza Szkoła Doktorska |
| <input type="checkbox"/> Stacjonarne Studia Doktoranckie | |

12. Forma studiów:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> studia stacjonarne |
| <input type="checkbox"/> studia niestacjonarne |

INFORMACJE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI/PRZEWLEKŁEJ CHOROBY

13. Przyczyna niepełnosprawności/przewlekłej choroby (proszę wskazać nazwę jednostki chorobowej):

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

14. Opis niepełnosprawności (proszę krótko opisać swoją niepełnosprawność oraz podać informacje na temat używanego sprzętu specjalistycznego, sposobie pisania i czytania, sposobie poruszania się itp.)/Opis dolegliwości związanych z przewlekłą chorobą:

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

15. Trudności w studiowaniu (proszę wymienić problemy, z jakimi Pani/Pan spotkała się/spotkał się w czasie studiów):

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

16. Rodzaj oczekiwanego wsparcia od Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego:

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

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wrażliwych przez Gdański Uniwersytet Medyczny w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia i realizacji złożonego przeze mnie wniosku o zastosowanie rozwiązań organizacyjnych umożliwiających mi pełne uczestniczenie w realizacji procesu kształcenia.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam się/zapoznałem się z klauzulą informacyjną w § 13 Regulaminu.

.....
data i podpis studenta/doktoranta

Opinia Pełnomocnika Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnością:

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

.....
data i podpis Pełnomocnika Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnością