Kwestionariusz rejestracyjny dla kandydatów na studia będących osobami ze szczególnymi potrzebami, w tym kandydatów z niepełnosprawnościami

Rekrutacja na rok akademicki ……/……

DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko ……...
2. PESEL ……
3. Adres zamieszkania ……
4. Telefon kontaktowy ……
5. Adres e-mail ……...
6. Preferowana forma kontaktu (proszę zaznaczyć właściwą):
   - □ e-mail,
   - □ telefon,
   - □ wideorozmowa,
   - □ SMS,
   - □ list,
   - □ list z powiększonym drukiem.

INFORMACJA O KANDYDACIE

1. Podstawa ubiegania się o dostosowanie procesu rekrutacyjnego:
   - □ kandydat/ka z niepełnosprawnością,
   - □ kandydat/ka ze szczególnymi potrzebami (zgodnie z art. 2 pkt 3) ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. *o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami* (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1411) –> proszę przejść do punktu 4.
2. Stopień niepełnosprawności (proszę zaznaczyć właściwy stopień niepełnosprawności, orzeczony przez właściwą komisję lekarską, zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 913):*
   - □ stopień znaczny / I gr,
   - □ stopień umiarkowany / II gr,
   - □ stopień lekki / III gr.
3. Typ niepełnosprawności (proszę zaznaczyć jedną lub więcej opcji, potwierdzonych przedstawioną dokumentacją):
   - □ niepełnosprawność narządu ruchu,
   - □ niepełnosprawność narządu wzroku,
   - □ niepełnosprawność narządu słuchu,
   - □ zaburzenia psychiczne,
   - □ zaburzenia poznawcze, w tym neuroróżnorodność,

□ niepełnosprawność powypadkowa, w tym czasowa (jaka?) .....
.....,

□ choroby wewnętrzne (jakie?) .....
.....,

□ inne (jakie?) .....
..... .

4. Opis niepełnosprawności lub szczególnych potrzeb (proszę krótko opisać swoją niepełnosprawność lub występowanie innej szczególnej potrzeby, uwzględniając informacje o posiadanych diagnozach, zaleceniach dotyczących używanego sprzętu specjalistycznego/asystującego, sposobie pisania i czytania, sposobie poruszania się itp.):
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Czy potrzebuje Pan/Pani dostosowania formy egzaminu wstępnego na studia?
   □ tak
   □ nie

Uwaga! Prośbę o zmianę formy egzaminu należy zgłosić w terminie do 21 dni roboczych przed wyznaczoną datą egzaminu, w przeciwnym razie forma egzaminu nie zostanie zmieniona.

6. Potrzebuję następującej zmiany formy egzaminu (proszę zaznaczyć właściwą):

   □ przedłużenie czasu trwania egzaminu przeprowadzanego w formie pisemnej lub ustnej o 50% w stosunku do czasu trwania egzaminu dla pozostałych kandydatów;

   □ zezwolenie na używanie podczas egzaminu sprzętu asystującego, np. oprogramowania udźwiękawiającego, lupy powiększającej, komputera, alternatywnej myszki i klawiatury, słuchawek wygłuszających. Kandydat może skorzystać z urządzeń należących do Uczelni lub, jeśli jest to niezbędne, wnioskować o zgodę na użycie własnego sprzętu asystującego. Proszę o załączenie wniosku w formie pisemnej do tego dokumentu;

   □ zastosowanie alternatywnej formy zapisu zadań egzaminacyjnych, dopasowanej do potrzeb kandydata lub zezwolenie na udzielanie przez kandydata odpowiedzi w takiej formie (np. druk o zmienionej wielkości czcionki, zapis elektroniczny); praca egzaminacyjna zapisana w formie alternatywnej może być na prośbę egzaminatora dodatkowo utrwalona w formie papierowej przez członka Wydziałowej Komisji Egzaminacyjnej;

□ zamiana formy egzaminu, np. z ustnej na pisemną lub z pisemnej na elektroniczną (możliwość skorzystania z czytnika ekranu);

□ zezwolenie na korzystanie podczas egzaminu ze wsparcia osób trzecich, np. w szczególności występujących jako tłumacze języka migowego, stenotypiści;

□ zmiana miejsca odbywania egzaminu lub przeprowadzenie egzaminu w formie zdalnej (tj. przy użyciu urządzeń technicznych umożliwiających jego przeprowadzenie na odległość).

7. Dokumentacja potwierdzająca szczególne potrzeby kandydata, w tym dokumentacja medyczna (proszę wymienić dokumenty, jakie załącza Pan/Pani do kwestionariusza):
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

data i podpis kandydata	data i podpis osoby przyjmującej wniosek

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH
WRAZ ZE ZGODĄ NA ICH PRZETWARZANIE

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej: RODO, Gdański Uniwersytet Medyczny zamieszcza informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w związku z dostosowywaniem egzaminu na studia do potrzeb osób z niepełnosprawnością lub przewlekle chorych:

1. Dane Administratora Danych Osobowych (ADO): Gdański Uniwersytet Medyczny, 80-210 Gdańsk, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3a, tel.: (58) 349 10 00, NIP: 584 095 5985, REGON: 000288627.

2. Dane Inspektora Ochrony Danych (IOD): Olga Sklyarova, adres e-mail: iod@gumed.edu.pl, tel.: (58) 349 90 45.

3. Cele i podstawa prawna przetwarzania: dostosowanie formy egzaminu na studia w celu umożliwienia kandydatowi udziału w procesie przyjmowania na studia – art. 6 ust. 1 lit c) i e) RODO, zaś w odniesieniu do danych medycznych - art. 9 ust. 2 lit. a) RODO.

4. Odbiorcy danych osobowych: podmioty, którym ADO powierzył przetwarzanie danych osobowych, w szczególności: dostawcy usług księgowych, prawnych i doradczych, informatycznych itd.

5. Przekazywanie danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy: ADO nie przekazuje danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy.

6. Okres przechowywania danych osobowych kształtowany jest przez: 1) okres trwania studiów; 2) powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

7. Prawa związane z danymi osobowymi: 1) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii; 2) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych; 3) prawo do ograniczenia przetwarzania; 4) prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych opartego o art. 6 ust. 1 lit e) RODO; 5) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych; 6) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem – w odniesieniu do danych medycznych.

8. Podstawa obowiązku podania danych osobowych: podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do skorzystania z możliwości pomocy przewidzianej dla osób z niepełnosprawnością lub przewlekle chorych, oferowanej przez Gdański Uniwersytet Medyczny.

9. Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji i profilowaniu: ADO nie przewiduje zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania.

Oświadczam, że otrzymałem/łam oraz zrozumiałem/łam ww. treść obowiązku informacyjnego.

_____

data i czytelny podpis kandydata

Na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wrażliwych przez Gdański Uniwersytet Medyczny w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia złożonego przeze mnie wniosku o zastosowanie rozwiązań organizacyjnych umożliwiających udział w postępowaniu rekrutacyjnym na studia.

_____

data i czytelny podpis kandydata