# Kwestionariusz rejestracyjny dla osób zgłaszających się do Działu Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami

DZIAŁ WSPARCIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

## DANE OSOBOWE:

1. Nazwisko
2. Imię

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

1. PESEL
2. Adres zameldowania

## DANE DO KONTAKTU:

1. Adres korespondencyjny
2. Tel. kom.
3. Inny tel. kontaktowy (bądź dane osoby do kontaktu)
4. E-mail

INFORMACJE DOTYCZĄCE STUDIÓW (osoby studiujące na więcej niż jednym kierunku proszę o podanie wszystkich kierunków studiów):

1. NR ALBUMU
2. Wydział
3. Kierunek i rok studiów
4. Rok rozpoczęcia studiów
5. Opiekun kierunku
6. Rodzaj studiów:
   1. Studia I stopnia
   2. Studia II stopnia
   3. Jednolite magisterskie
   4. Studia III stopnia
7. System studiów:
   1. dzienny
   2. wieczorowy
   3. zaoczny

## INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEBIEGU STUDIÓW:

1. Dotychczasowe przerwy w studiach (proszę zaznaczyć rodzaj urlopu, jego długość oraz czas, w którym urlop miał miejsce):
   1. Zdrowotny
   2. Okolicznościowy
   3. Dziekański
   4. Inna przerwa w studiowaniu
2. Informacje dodatkowe:

(Proszę o wypisanie wszystkich ważnych informacji dotyczących funkcjonowania Pani/Pana na Uczelni, w tym informacji nt. przebiegu sesji, problemów pojawiających się w trakcie sesji, przedmiotów zaległych/niezaliczonych/przełożonych na kolejne semestry, wpisach warunkowych, itp.)

1. Informacje dotyczące dostosowania form zaliczeń do Pani/Pana zdrowia/możliwości zdrowotnych:

1. Czy potrzebuje Pani/Pana wsparcia **asystenta dydaktycznego** w trakcie studiowania? Proszę określić czas korzystania z pomocy:

## INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ORAZ STANU ZDROWIA:

1. Proszę podać datę ważności orzeczenia
2. Symbol niepełnosprawności
3. Stopień niepełnosprawności
   1. Znaczny
   2. Umiarkowany
   3. Lekki
   4. Brak orzeczonego stopnia
4. Typ niepełnosprawności:
   1. Narząd ruchu
   2. Narząd wzroku
   3. Narząd słuchu
   4. Z tytułu ogólnego stanu zdrowia
   5. Inny
5. Opis niepełnosprawności (Proszę opisać stan swojego zdrowia/niepełnosprawność/problemy wynikające z niepełnosprawności/ sposób poruszania się/ rodzaj używanego specjalistycznego sprzętu/sposób pisania, czytania).Informacje mogą okazać się niezbędne przy doborze odpowiedniej pomocy):

1. Dokumentacja medyczna (proszę wymienić dokumenty udostępnione pracownikom BON US):

1. Proszę krótko scharakteryzować pomoc jaką oczekuje Pani/Pan od BON US:

## INFORMACJE DODATKOWE DLA STUDENTÓW US:

### Zajęcia z wychowania fizycznego

Każdy ze studentów ma obowiązek uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego (pod warunkiem, że przedmiot ten znajduje się w programie studiów aktualnego roku i kierunku). Decyzja oparta jest o: UCHWAŁA NR 78/2011 SENATU UNIWERSYTETU SZCZECIŃSKIEGO z dnia 29 września 2011 r. Statut Uniwersytetu Szczecińskiego / Dział VIII / Rozdział 2 *Studia i studenci*/§130. Zajęcia z wychowania fizycznego mają status przedmiotu ogólnouczelnianego- obowiązkowego. Studium Wychowania Fizycznego i proponuje alternatywną formę zajęć (niezbędną do uzyskania zaliczenia i zdobycia punktów ECTS -1 pkt).

### Praktyki zawodowe/nauczycielskie w ramach programu studiów:

Studenci niepełnosprawni, mający w swoim programie studiów obowiązek odbycia praktyki zawodowej lub nauczycielskiej, mogą skontaktować się z pracownikami BONUS i uzyskać informacje/pomoc w znalezieniu miejsca do zrealizowania praktyki. BON US współpracuje m.in. z ACK US oraz z ABK US.

### PUNKT POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ US

Celem PUNKTU POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ US jest niesienie **pomocy** w rozwiązywaniu problemów WSZYSTKICH osób studiujących/pracujących w Uniwersytecie Szczecińskim, towarzyszenie im oraz wspieranie w trudnych sytuacjach życiowych w domu, szkole, pracy, środowisku rówieśniczym. **Pomoc psychologiczna udzielana jest bezpłatnie.**

KONTAKT:

PUNKT POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ US

Psychoterapeuci: dr Bartosz Wojciechowski, dr Wiesław Matys, mgr Karina Smolińska

ul. Wawrzyniaka 15, 70-393 Szczecin

Tel. 91 444 3818

\*Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych US podanych przeze mnie informacji w celu udzielenia mi niezbędnej pomocy zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz.U.Nr 133 poz. 833)

Data Podpis

Data i podpis osoby przyjmującej ankietę