

## Kwestionariusz rejestracyjny dla kandydatów na studia będących osobami z niepełnosprawnością lub przewlekle chorymi.

REKRUTACJA NA ROK AKADEMICKI ...../.....

### DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko .....

PESEL.....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

Adres e-mail .....

Preferowana forma kontaktu (proszę zaznaczyć właściwą):

- e-mail
- telefon
- sms
- list
- list z powiększonym drukiem

### INFORMACJA O KANDYDACIE

Stopień niepełnosprawności (proszę zaznaczyć właściwy stopień niepełnosprawności orzeczonej przez właściwą komisję lekarską, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych):

- stopień znaczny / I gr
- stopień umiarkowany / II gr
- stopień lekki / III gr
- brak orzeczenia stopnia (dokumentacja medyczna)

Typ niepełnosprawności lub choroby przewlekłej (proszę zaznaczyć jedną lub więcej niepełnosprawności/chorób)

- niepełnosprawność narządu ruchu
- niepełnosprawność narządu wzroku
- niepełnosprawność narządu słuchu
- zaburzenia psychiczne
- niepełnosprawność powypadkowa (czasowa-jaka?).....
- choroby wewnętrzne (jakie?) .....
- inne (jakie?) .....

Przyczyny niepełnosprawności (proszę wpisać nazwę choroby) .....

.....

Opis niepełnosprawności (proszę krótko opisać swoją niepełnosprawność, uwzględniając informację o rodzaju używanego sprzętu specjalistycznego, sposobie pisania i czytania, sposobie poruszania się itp.) lub choroby przewlekłej

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

Czy potrzebuje Pan/Pani zmiany formy egzaminu na studia?

- TAK
- NIE

UWAGA! Prośbę o zmianę formy egzaminu należy zgłosić w terminie do ..... dni przed egzaminem, w przeciwnym razie forma egzaminu nie zostanie zmieniona.

Potrzebuję następującej zmiany formy egzaminu (proszę zaznaczyć właściwą):

- przedłużenie czasu trwania egzaminu o 50 % w stosunku do czasu trwania egzaminu dla pozostałych kandydatów.
- przepłynięcie wyznaczonego dystansu w czasie dłuższym niż 1 min 25 sekund stylem dowolnym podczas egzaminu z pływania.

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): Piotr Małecki, adres e-mail: iod@gumed.edu.pl, tel.: 58 349 10 27.
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