

**FORMULARZ REJESTRACYJNY**

**BIURA DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

………………………………………………………..……

Imię i nazwisko

…………………………………………………..…………

Nr albumu

+48.…………………………………..………….………...

Telefon

.……………………………………………..……….…….

e-mail

**Kierunek studiów**

* Zarządzanie
* Bezpieczeństwo wewnętrzne
* Finanse i Rachunkowość
* Transport
* Budownictwo
* Informatyka
* Architektura wnętrz

**Rok studiów** …………………

**Forma studiów**

* Stacjonarne
* Niestacjonarne

**Poziom studiów**

* I stopnia (licencjackie, inżynierskie)
* II stopnia (magisterskie)

**Stopień niepełnosprawności**

* Lekki
* Umiarkowany
* Znaczny

**Data ważności orzeczenia**……………………r.

**Kod niepełnosprawności**…………………......

**Rodzaj trudności zdrowotnych**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z 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”) Uczelnia Techniczno-Handlowa im. H. Chodkowskiej, informuje, że:

* + - 1. **Administratorem** Pana/Pani danych osobowych jest Uczelnia Techniczno-Handlowa   
         im. H. Chodkowskiej w Warszawie, ul. Jutrzenki 135, 02-231 Warszawa.
      2. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą **w celu zapewnienia Pani/Panu adaptacji procesu dydaktycznego** zgodnie z *Regulaminem przyznawania wsparcia oraz rozdysponowania środków finansowych na zadania związane z zapewnieniem osobom niepełnosprawnym warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia, kształceniu na studiach lub prowadzeniu działalności naukowej*. wsparcia edukacyjnego, **na podstawie udzielonej zgody**.
      3. Podanie przez Pana/Pani danych osobowych jest dobrowolne, lecz jest warunkiem **uzyskania wsparcia edukacyjnego**. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości skorzystania z ww. świadczeń.
      4. Pana/Pani dane osobowe **nie będą udostępniane osobom trzecim ani przekazywane** do państw trzecich (poza Europejski Obszar Gospodarczy)/do organizacji międzynarodowych.
      5. Pani/Pana dane osobowe będą **przetwarzane przez okres**: do zakończenia procesu wsparcia edukacyjnego, a później lub w razie wcześniejszego odwołania zgody na przetwarzanie – przechowywane w celach archiwizacyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
      6. Posiada Pan/Pani **prawo do**: uzyskania informacji o przetwarzaniu danych osobowych   
         i uprawnieniach przysługujących zgodnie z RODO, dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, a także prawo do usunięcia danych osobowych ze zbiorów administratora (chyba że dalsze przetwarzanie jest konieczne dla wykonania obowiązku prawnego albo w celu ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń), oraz prawo do ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania   
         – w przypadkach i na warunkach określonych w RODO.
      7. Posiada Pan/Pani również **prawo do wycofania zgody** w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych można przesłać na adres e-mail: [bon@uth.edu.pl](mailto:bon@uth.edu.pl) lub pocztą tradycyjną na adres: Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych, Uczelnia Techniczno-Handlowa im. H. Chodkowskiej, ul. Jutrzenki 135, 02-231 Warszawa lub osobiście stawiając w Biurze ds. Osób Niepełnosprawnych, Uczelni Techniczno-Handlowa im. H. Chodkowskiej, ul. Jutrzenki 135, 02-231 Warszawa.

**Konsekwencją wycofania zgody** na przetwarzanie danych osobowych będzie zakończenie udzielania Pani/Panu wsparcia edukacyjnego.

* + - 1. Pana/Pani dane osobowe nie będą podlegały automatycznemu przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
      2. Ma Pan/Pani prawo wniesienia **skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych** w razie uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.

**Potwierdzam, że zapoznałem(-am) się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.**

*…………………………………………………………………………….*

*miejscowość, data, czytelny podpis*

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imię, nazwisko, telefon, adres e-mail, stan zdrowia (dokumentacja medyczna) – w celu zapewnienia mi adaptacji procesu dydaktycznego lub wsparcia edukacyjnego, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, „RODO”) oraz zgodnie z klauzulą informacyjną dołączoną do mojej zgody.

*…………………………………………………………………………….*

*miejscowość, data, czytelny podpis*