**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych osoby z niepełnosprawnościami**

Imię i nazwisko:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Numer albumu:

Wydział:

Kierunek:

Rok studiów: 1 2 3 4 5

Numer grupy:

Stopień studiów:

* I stopnia: inżynierskie/licencjackie
* II stopnia: magisterskie
* III stopnia: doktoranckie

Tryb studiów:

* stacjonarny – dzienny
* niestacjonarny – zaoczny
* niestacjonarny – wieczorowy
* niestacjonarny – Ośrodek Kształcenia na Odległość

Rodzaj niepełnosprawności – kod z orzeczenia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 01-U upośledzenie umysłowe | | 07-S choroby układu oddechowego i krążenia |
| 02-P choroby psychiczne | | 08-T choroby układu pokarmowego |
| 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | | 09-M choroby układu moczowo - płciowego |
| 04-O choroby narządu wzroku | | 10-N choroby neurologiczne |
| 05-R upośledzenie narządu ruchu | | 11-I inne schorzenia |
| chodzący | niechodzący |
| 06-E epilepsja | | 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe |

Stopień niepełnosprawności:

* lekki
* umiarkowany
* znaczny

*Informujemy, iż 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 – ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych (Dz. U. UE L 119/1 z dnia 4 maja 2016 r.), administratorem Państwa danych osobowych jest Politechnika Warszawska z siedzibą przy Pl. Politechniki 1, 00-661 Warszawa.*

*Dostęp do Pana/Pani danych osobowych mogą mieć podmioty, którym Politechnika Warszawska zleca wykonanie czynności mogących wiązać się z przetwarzaniem danych osobowych. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie uniemożliwia Panu/Pani korzystanie z oferty Sekcji ds. Osób z Niepełnosprawnościami, skierowanej do osób przewlekle chorych lub z niepełnosprawnościami.*

*Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, jak także udzieloną zgodę mogę cofnąć w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz że mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu przez Politechnikę Warszawską z siedzibą przy Pl. Politechniki 1, 00-661 Warszawa, w celach otrzymywania informacji o ofercie i udogodnieniach oraz realizacji działań Sekcji ds. Osób z Niepełnosprawnościami, skierowanych do studentów z niepełnosprawnościami oraz przewlekle chorych.*

*Warszawa, dn.*

*podpis Studenta*