

WZÓR

**KWESTIONARIUSZ REJESTRACYJNY
dla pracowników Uniwersytetu z niepełnosprawnością**

DANE OSOBOWE

1. Nazwisko
2. Imię
3. Nr PESEL
4. Telefon
5. Adres e-mail

INFORMACJE DOTYCZĄCE MIEJSCA PRACY

6. Jednostka organizacyjna Uniwersytetu
7. Stanowisko
8. Wymiar etatu
9. Data zatrudnienia w UW

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

10. Stopień niepełnosprawności (proszę zaznaczyć właściwy, orzeczony stopień niepełnosprawności):

- a) znaczny
- b) umiarkowany
- c) lekki
- d) brak orzeczonego stopnia

11. Schorzenia specjalne¹ (proszę zaznaczyć właściwe, o ile dotyczy)

- a) choroba Parkinsona
- b) stwardnienie rozsiane
- c) paraplegia, tetraplegia, hemiplegia
- d) znaczne upośledzenie widzenia (ślepotę)
oraz niedowidzenie
- e) głuchota i głuchoniemota
- f) nosicielstwo wirusa HIV oraz choroba AIDS
- g) epilepsja
- h) przewlekłe choroby psychiczne
- i) upośledzenie umysłowe
- j) miastenia
- k) późne powikłania cukrzycy

¹ Schorzenia, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz. U. z 1998 r. Nr 124, poz. 820).

12. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

a) stałe

b) czasowe od do

13. Dokumentacja medyczna (proszę wymienić dokumenty, jakie udostępnia Pan/Pani pracownikowi BON)

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

14. Rodzaj oczekiwanej pomocy (proszę krótko scharakteryzować oczekiwaną pomoc od pracowników BON)

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

15. Ubiegam się o przyznanie dodatku z tytułu niepełnosprawności

.....
(data i podpis pracownika)

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku umiarkowanego i znacznego stopnia niepełnosprawności przysługuje mi prawo do:

- a) skróconego dnia pracy (tj. 7 godzin dziennie przy pełnym etacie);
- b) zwiększonego o 10 dni wymiaru urlopu wypoczynkowego (tj. łącznie 36 dni rocznie przy zatrudnieniu w pełnym wymiarze czasu pracy, z wyjątkiem sytuacji, w których z innego tytułu przysługuje wymiar urlopu wyższy niż 26 dni).

Ze względu na uzyskanie powyższych praw, informacja o orzeczonym stopniu niepełnosprawności zostanie przekazana przez pracowników Biura ds. Osób Niepełnosprawnych do Biura Spraw Pracowniczych.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Warszawski z siedzibą przy ul. Krakowskie Przedmieście 26/28, 00-927 Warszawa, reprezentowany przez Rektora. Administrator danych osobowych uregulował zasady przetwarzania danych osobowych Zarządzeniem nr 51 Rektora Uniwersytetu Warszawskiego z dnia 15 maja 2018 r. w sprawie ochrony danych osobowych na Uniwersytecie Warszawskim i powołał Inspektora danych osobowych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych.

Udostępnione przez Panią/Pana dane zbierane są w związku z zatrudnieniem w Uniwersytecie i ustaleniem prawa do dodatku z tytułu niepełnosprawności oraz wysokości tego dodatku.

Przysługuje Pani/Panu prawo do wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania oraz kontroli ich przetwarzania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących niepełnosprawności zawartych w niniejszym kwestionariuszu przez Uniwersytet Warszawski.

.....
(data i podpis pracownika)	(data i podpis osoby przyjmującej kwestionariusz)