**Gniezno, dn.** …………………….. **r.**

**Imię i nazwisko:** ……………………………………………………..

**Numer telefonu i adres e-mail:** ……………..………………………………………

**Kierunek studiów:** ………………………..……………………………

**Tryb i rok studiów:** ……………………………………………………...

**Nr albumu:** ……..……………………………………………….

**Prorektor ds. studenckich ANS Gniezno**

……………………………………………

 ……………………………………………

za pośrednictwem

**Pełnomocnika Rektora ds. osób
z niepełnosprawnościami ANS Gniezno**

**WNIOSEK O ADAPTACJĘ PROCESU KSZTAŁCENIA**

Niniejszym, wnoszę o wyrażenie zgody na adaptację mojego procesu kształcenia w ANS Gniezno w następujący sposób (zaznaczyć właściwe X).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Wsparcie tłumacza języka migowego**  |  |
| 2. | **Korzystanie podczas zajęć z dodatkowego, specjalistycznego sprzętu**, np. lupy, powiększalnik, laptop ze specjalistycznym oprogramowaniem, itp. |  |
| 3. | **Adaptacje materiałów dydaktycznych,** np. druk powiększony, druk w j. brajla, grafiki wypukłe, itp. – dla osób z niepełnosprawnością wzroku lub innymi niepełnosprawnościami w uzasadnionych przypadkach. |  |
| 4. | **Zmiana formy zdawania egzaminu/zaliczenia**, np. z formy pisemnej na ustnąi odwrotnie. |  |
| 5. | **Wydłużenie czasu trwania egzaminu/zaliczenia.** |  |
| 6. | **Zastosowanie podczas egzaminu/zaliczeń dodatkowych urządzeń/specjalistycznego sprzętu/pomocy dydaktycznych,** np. klawiatury specjalistycznej, specjalistycznego oprogramowania, dodatkowego oświetlenia, systemów FM wspomagających słyszenie i innych niezbędnych. |  |
| 7. | **Zastosowanie alternatywnej formy zapisu,** np. druk powiększony, druk w j. brajla, zapis w formie odczytywanym przez specjalistyczne programy. |  |
| 8. | **Udział podczas egzaminu/zaliczenia tłumacza języka migowego.** |  |
| 9. | **Możliwość zdawania egzaminu w odrębnej sali.** |  |
| 10. | **Inne proponowane formy wsparcia podczas zajęć lub zdawania egzaminów/zaliczeń (proszę opisać):**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |

**Proszę opisać zaznaczony rodzaj adaptacji (z pkt. 1-9 powyżej) poprzez wskazanie konkretnej proponowanej formy wsparcia** *(np. proponowany czas wydłużenia czasu trwania egzaminu ze wskazanego przedmiotu, proponowane dodatkowe materiały dydaktyczne itp.)***:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Proszę wskazać, jak Pani/Pana szczególne potrzeby lub niepełnosprawności wpływają na proces kształcenia i uzasadnić przyznanie adaptacji procesu kształcenia.**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Wyrażam zgodę na poinformowanie Dyrektora Instytutu ANS Gniezno, w którym studiuję oraz prowadzącego/ych zajęcia, w trakcie których może być wprowadzana wnioskowana adaptacja o treści złożonego wniosku celem wdrożenia adaptacji.

Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałem się z Zarządzeniem nr …………. Rektora Akademii Nauk Stosowanych im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie Uczelnia Państwowa z dnia ………………. w sprawie: zasad dostosowania procesu kształcenia dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym osobom z niepełnosprawnościami w Akademii Nauk Stosowanych im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie Uczelnia Państwowa.

**Załączniki - do wglądu Pełnomocnika Rektora ds. osób z niepełnosprawnościami**

(zaznaczyć właściwe X )

 orzeczenie o niepełnosprawności z dnia …………...

 inne dokumenty (proszę wpisać jakie)

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

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

……………………………………

data i podpis Wnioskodawcy

**Kolejne strony wniosku wypełnia Uczelnia**

**Wypełnia Pełnomocnik Rektora ds. osób z niepełnosprawnościami ANS Gniezno, na podstawie wywiadu z Wnioskodawcą.**

**Informacje o niepełnosprawności/szczególnych potrzebach.**

**Orzeczenie o niepełnosprawności**  nr dokumentu …………………………….. data ważności ……………….

Stopień niepełnosprawności**:**

|  |  |
| --- | --- |
| lekki |  |
| umiarkowany |  |
| znaczny |  |

* Opis szczególnych potrzeb/niepełnosprawności:

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

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

* Opis wpływu szczególnych potrzeb/niepełnosprawności na możliwość wykonywania przez Wnioskodawcę obowiązków związanych z procesem kształcenia:

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

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

* Wstępna propozycja adaptacji uzgodniona z Wnioskodawcą:

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

**OPINIA**

**Nauczyciela akademickiego prowadzącego zajęcia z Wnioskodawcą.**

Po zapoznaniu się ze złożonym wnioskiem **pozytywnie opiniuję/negatywnie opiniuję\*** proponowaną adaptację procesu kształcenia (poniżej uzasadnienie):

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Proponuję inną formę adaptacji procesu kształcenia (w przypadku braku możliwości zastosowania proponowanej adaptacji)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

………………………….

 podpis

*\* niepotrzebne skreślić*

**OPINIA**

**………………………………………………………………………………………………….**

(osoba wskazana przez Pełnomocnika Rektora ds. osób z niepełnosprawnościami ANS Gniezno)

Po zapoznaniu się ze złożonym wnioskiem **pozytywnie opiniuję/negatywnie opiniuję\*** proponowaną adaptację procesu kształcenia (poniżej uzasadnienie):

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Proponuję inną formę adaptacji procesu kształcenia (w przypadku braku możliwości zastosowania proponowanej adaptacji)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

………………………….

 podpis

\* niepotrzebne skreślić

**OPINIA KOŃCOWA**

**Pełnomocnika Rektora ds. osób z niepełnosprawnościami ANS Gniezno**

Na podstawie przeprowadzonego wywiadu z Wnioskodawcą i przedłożonej dokumentacji **pozytywnie opiniuję/negatywnie opiniuję\*** następującą adaptację procesu kształcenia**:**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

*\* niepotrzebne skreślić*

**Jako Pełnomocnik Rektora ds. osób z niepełnosprawnościami ANS Gniezno rekomenduję przyznanie wyżej opisanej adaptacji na okres\*:**

 semestr zimowy roku akademickiego ………………………

* semestr letni roku akademickiego ………………………
* inny (wpisać datę/y) …………………….

*\* do wypełnienia tylko w przypadku pozytywnej opinii Pełnomocnika*

Gniezno, dn. ……………………

 ……………………

 pieczątka i podpis

Pełnomocnika Rektora ds. osób
 z niepełnosprawnościami ANS Gniezno

**Rozstrzygnięcie Prorektora ds. studenckich**

**Na podstawie wniosku, przedłożonych opinii oraz dostarczonej dokumentacji postanawiam, co następuje:**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Adaptacja jest wydawana na okres\*:**

 semestr zimowy roku akademickiego ………………………

* semestr letni roku akademickiego ………………………
* inny (wpisać datę/y) …………………….

*\* do wypełnienia tylko w przypadku przyznania adaptacji*

Gniezno, dn. …………………… ……………………………

 pieczątka i podpis

Od powyższego rozstrzygnięcia przysługuje odwołanie do Rektora, które należy wnieść za pośrednictwem Prorektora ds. studenckich ANS Gniezno w terminie 14 dni od jego ogłoszenia lub otrzymania.