

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Szkoleniowy obóz zimowy

Ustroń 11-18.02.2023 r.

Formularz wpłynął do Biura
Pełnomocnika Rektora UR ds.
Osób Niepełnosprawnych

Data

Podpis pracownika BON UR

Dane uczestnika			
Nazwisko i Imię *			
Kolegium			
Instytut			
Kierunek			
Adres			
ulica, nr domu			
kod pocztowy		adres e-mail	
miejsowość		telefon	
Nr PESEL		Nr albumu	
Rok Studiów:	Orzeczenie ważne do dnia:		
Licencjat:	Magisterskie:	Doktoranckie:	
Numer kontaktowy osoby, którą należy powiadomić w razie wypadku:			
.....			
Dodatkowe uwagi (np. niezbędne udogodnienia i wymagania związane z niepełnosprawnością):			
.....			
.....			
.....			
.....			

Do formularza należy dołączyć kserokopię legitymacji studenckiej, kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub inny równoważny dokument. Skierowanie od lekarza POZ o braku przeciwwskazań o udziale w w/w obozie (zaświadczenie od lekarza dotyczy studentów z orzeczeniem).

*Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych. l). z. Ust. 2002 nr 101 poz. 926 ze zm.) przez Biuro Pełnomocnika Rektora UR ds. Osób Niepełnosprawnych. Administratorem danych osobowych jest Biuro Pełnomocnika Rektora UR ds. Osób Niepełnosprawnych.

Rzeszów, dnia

Czytelny podpis uczestnika.....