****

**KWESTIONARIUSZ REJESTRACYJNY dla pracowników Pedagogium WSNS z niepełnosprawnością**

**DANE OSOBOWE**

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

**INFORMACJE DOTYCZĄCE MIEJSCA PRACY**

1. **Jednostka organizacyjna Pedagogium ..........................................................................................**
2. **Stanowisko ........................................................................................................................................**
3. **Wymiar etatu ........................................................................................................................................**
4. **Data zatrudnienia w Pedagogium..........................................................................................................**

**INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA**

|  |
| --- |
|  |

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

**a)** znaczny ······························

|  |
| --- |
|  |

1. umiarkowany ·······················

|  |
| --- |
|  |

1. lekki ···································

|  |
| --- |
|  |

1. brak orzeczonego stopnia ·······

**11. Schorzenia specjalne[[1]](#footnote-1)** (proszę zaznaczyć właściwe, o ile dotyczy)

|  |
| --- |
|  |

1. choroba Parkinsona ·································

|  |
| --- |
|  |

1. stwardnienie rozsiane ·······························

|  |
| --- |
|  |

1. paraplegia, tetraplegia, hemiplegia ··············

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

1. znaczne upośledzenie widzenia (ślepotę) oraz niedowidzenie ··································
2. głuchota i głuchoniemota ···························

|  |
| --- |
|  |

1. nosicielstwo wirusa HIV oraz choroba AIDS ···

|  |
| --- |
|  |

1. epilepsja ················································

|  |
| --- |
|  |

1. przewlekłe choroby psychiczne ···················

|  |
| --- |
|  |

1. upośledzenie umysłowe ·····························

|  |
| --- |
|  |

1. miastenia ················································

|  |
| --- |
|  |

1. późne powikłania cukrzycy ·························

**12. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności**

|  |
| --- |
|  |

1. stałe

|  |
| --- |
|  |

1. czasowe od ………………. Do…………...
2. **Dokumentacja medyczna** (proszę wymienić dokumenty, jakie udostępnia Pan/Pani pracownikowi BON)

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

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

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

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

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

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

1. **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:

1. skróconego dnia pracy (tj. 7 godzin dziennie przy pełnym etacie);
2. 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 Kadr.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Pedagogium WSNS ul. Marszałkowska 115

00-102 Warszawa.

Udostępnione przez Panią/Pana dane zbierane są w związku z zatrudnieniem w Pedagogium WSNS 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 Pedagogium WSNS.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………. | ……………………………………………….. |
| (data i podpis pracownika) | (data i podpis osoby przyjmującej kwestionariusz) |

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).

   [↑](#footnote-ref-1)