**D e k l a r a c j a**

**pełnienia funkcji asystenta dydaktycznego studenta ze szczególnymi potrzebami**

**Dane osobowe kandydata:**

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………..

PESEL (jeżeli posiada) ……………………………………………………………………….

Numer Albumu ……………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………

Kierunek studiów………………………………………………………………………………

Forma kształcenia (studia I. stopnia; studia II. stopnia)……………………………………….

Forma studiów (stacjonarne, niestacjonarne)…………………………………………………..

Rok studiów……………………………………………………………………………………

Adres e-mail …………………………………………………………………………………...

Telefon kontaktowy ……………………………………………………………………………

**Doświadczenie i kwalifikacje:**

Jeżeli miał/a Pan/i kontakt z osobą niepełnosprawną, proszę przedstawić swoje doświadczenia:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Czy posiada Pan/i następujące cechy przydatne w pełnieniu funkcji asystenta dydaktycznego studenta z niepełnosprawnością? Proszę ocenić w skali 1-5 (1-ocena najniższa; 5 – ocena najwyższa)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Cecha | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | umiejętności interpersonalne  |  |  |  |  |  |
| 2. | komunikatywność |  |  |  |  |  |
| 3. | kultura osobista  |  |  |  |  |  |
| 4. | opanowanie |  |  |  |  |  |
| 5. | empatia |  |  |  |  |  |
| 6. | tolerancja |  |  |  |  |  |
| 7. | odporność na stres |  |  |  |  |  |
| 8. | systematyczność |  |  |  |  |  |
| 9. | rzetelność |  |  |  |  |  |
| 10. | wytrwałość |  |  |  |  |  |
| 11. | kreatywność |  |  |  |  |  |
| 12. | sprawność fizyczna |  |  |  |  |  |

Czy posiada Pan/i formalne kwalifikacje przydatne w pełnieniu funkcji asystenta dydaktycznego studenta ze szczególnymi potrzebami. Jeżeli tak, proszę je opisać …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Proszę opisać swoje szczególne preferencje i oczekiwania odnośnie do pełnienia funkcji asystenta dydaktycznego studenta z niepełnosprawnością (rodzaj niepełnosprawności, kobieta, mężczyzna, zakres zadań itp.)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Warszawa, dnia…………………………… Podpis kandydata …………………….

**Opinia Kierownika DON/Pełnomocnika Rektora ds. studentów niepełnosprawnych** …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

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

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

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Warszawa, dnia ………………………………. podpis………………………………………