

Zrzeszenie Studentów Niepełnosprawnych  
Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie  
ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków

## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA\*

1. Nazwisko i imię.....
2. Data urodzenia.....
3. Adres zameldowania.....
4. Adres zamieszkania w Krakowie.....
5. Telefon.....e-mail.....
6. Wydział, kierunek, rok.....
7. Studia:    stacjonarne    niestacjonarne
8. Jestem osobą:    z niepełnosprawnością    pełnosprawną
9. Stopień niepełnosprawności:    znaczny    umiarkowany    lekki
10. Rodzaj niepełnosprawności:  
    Choroba układu psychicznego  
    Zaburzenia głosu, mowy, słuchu  
    Choroby narządu wzroku  
    Dysfunkcje narządu ruchu  
    Epilepsja  
    Choroby układu krążenia i oddechowego  
    Choroby układu pokarmowego  
    Choroby układu moczowo-płciowego  
    Choroby neurologiczne  
    inne (proszę podać rodzaj).....

Zgadzam się na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych w celach zgodnych ze Statutem Zrzeszenia Studentów Niepełnosprawnych Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*podpis*

Po zapoznaniu się ze Statutem proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Zrzeszenia Studentów Niepełnosprawnych UP

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*podpis*

Zarząd Zrzeszenia przyjmuje z dniem.....kol. ....  
W poczet członków Zrzeszenia Studentów Niepełnosprawnych UP

.....  
*Sekretarz*

.....  
*Przewodniczący*

\*Proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami