**Kontrakt dotyczący świadczenia wolontaryjnego wsparcia studenta z ASD**

**z dn. ………………………..**

Kontrakt określa zasady świadczenia wolontaryjnego wsparcia asystenta studenta z ASD, zwanego dalej asystentem, zainicjowanych w ramach projektu pt. “Asystent studenta z ASD” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach IV osi priorytetowej: Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, działania 4.1 Innowacje społeczne zgodnie z umową nr POWR.04.01.00-IZ.00-00-027/20**(zwany dalej Kontraktem).**

Kontrakt podpisują i obiecują go przestrzegać:

1. Pan / Pani **(imię i nazwisko) ………………………………………………………….**

nr telefonu ………………………………………….

e-mail …………………………………………………

w imieniu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**,** zwany w kontrakcie **koordynatorem wsparcia studentów z ASD.**

1. Pan / Pani **(imię i nazwisko)**

nr telefonu: …………………………………..….

e – mail: ……………………………………..…..

Pan / Pani **(imię i nazwisko)** będzie w tym dokumencie dalej zwany **Studentem z ASD**.

1. Pan / Pani **……………………………………………………….. (imię i nazwisko)**

nr telefonu: ………………………….

e – mail: ……………………………..

Pan / Pani **(imię i nazwisko)** będzie w tym dokumencie nazywany asystentem**.** Asystent świadczy wolontaryjne usługi na mocy umowy z Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zawartej w dniu ……………….

**Główne zasady kontraktu**

1. Student z ASD nie będzie płacić asystentowi za jego pracę.
2. Ten kontrakt będzie ważny w okresie od dnia jego podpisania do końca bieżącego roku akademickiego.
3. Jeśli w trakcie korzystania ze wsparcia asystenta zmienią się potrzeby studenta z ASD, to ten kontrakt będzie można zmienić. Na zmianę kontraktu muszą się zgodzić wszystkie osoby, które go podpisały.
4. W swojej pracy asystent będzie kierował się dobrem studenta z ASD.
5. Asystent będzie wspierał studenta z ASD w kwestiach, które sprawiają mu trudność.
6. Asystent nie jest opiekunem ani doradcą życiowym studenta z ASD. Asystent będzie wspierać studenta z ASD w skutecznej komunikacji w środowisku akademickim. Asystent nie będzie ingerować w merytorykę procesu studiowania, ani wyręczać studenta z ASD w sprawach administracyjnych.
7. Asystent szanuje prawo studenta z ASD do popełniania błędów. Asystent nie może narzucać studentowi z ASD swoich decyzji, poglądów ani upodobań.
8. Student z ASD i asystent powinni okazywać sobie wzajemny szacunek, cierpliwość i wspólnie dążyć do rozwiązywania sytuacji konfliktowych i nieporozumień. Nie mogą mówić do siebie w sposób lekceważący albo obraźliwy. Nie mogą robić sobie na złość. Nie powinni za bardzo interesować się nawzajem swoim życiem prywatnym.
9. Wszyscy asystenci mają wolne w święta ustawowo wolne od pracy.

**Zakres wsparcia świadczonego na rzecz Studenta z ASD przez Asystenta**

1. Asystent będzie wspierał studenta z ASD w kwestiach wpisanych do tabeli:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj wsparcia**  | **Kiedy dane wsparcie ma być świadczone?** (proszę wstępnie podać dni tygodnia/miesiąca i godziny). Jeśli dana pomoc jest potrzebna nieregularnie proszę tu napisać „w miarę potrzeb”. | **Proszę bardziej szczegółowo opisać, na czym ma polegać wsparcie**  |
| 1. | jednokrotne towarzyszenie studentowi z ASD w drodze z miejsca zamieszkania na zajęcia dydaktyczne i z powrotem w celu rozpoznania ewentualnych trudności związanych z orientacją w terenie oraz czynnikami stresogennymi, |  |  |
| 2. | jednokrotne obejście budynków Uczelni w celu rozpoznania ewentualnych trudności związanych z orientacją w terenie oraz czynnikami stresogennymi; |  |  |
| 3. | wsparcie w komunikacji podczas zajęć na Uczelni; |  |  |
| 4. | wsparcie w komunikacji w bibliotece; |  |  |
| 5. | wsparcie w komunikacji podczas szkoleń organizowanych przez Uczelnię; |  |  |
| 6. | monitorowanie dopełniania przez studenta z ASD niezbędnych formalności związanych z tokiem studiów (np. przypomnienie o konieczności zapisania się na zajęcia/egzaminy w systemie USOS czy dopilnowania wpisania ocen przez prowadzących),; |  |  |
| 7. | inne zadania, które są indywidualnie dobrane do potrzeb studenta z ASD/~~doktoranta neuronietypowego~~ ze względu na jego neuronietypowość, tj:…………………………………………..…………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |  |  |

1. Asystent będzie wykonywał wyłącznie czynności w zakresie i czasie zawartym w tej tabeli. Jeżeli zakres wsparcia będzie wymagał zmiany to będzie można go uzupełnić. Na zmiany muszą się zgodzić wszystkie strony podpisujące kontrakt.
2. Kontrakt obowiązuje **od …….….. do ………………**
3. W przypadku choroby studenta z ASD, asystent będzie mógł załatwić dla studenta z ASD następujące sprawy: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Jeśli podczas przebywania z asystentem student z ASD bardzo źle się poczuje lub będzie miał wypadek asystent powinien o tym zawiadomić:

………………………………………………………………………………………………………………… (proszę wpisać imię i nazwisko oraz numer telefonu wybranej osoby).

1. Ważne sprawy dotyczące codziennego funkcjonowania studenta z ASD, o których asystent powinien wiedzieć żeby lepiej Wam się współpracowało? (na przykład student z ASD choruje na epilepsję, cukrzycę, alergię, jest nadwrażliwy na coś, na przykład światło albo dźwięk). Jeśli tak, to w jaki sposób asystent powinien zachować się w trudnej dla studenta z ASD sytuacji. Proszę opisać poniżej:

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

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

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

**Inne ważne zasady współpracy studenta z ASD z asystentem**

1. Student z ASD pokrywa wszystkie dodatkowe koszty związane z podróżowaniem z asystentem. (Jeżeli student z ASD podróżuje razem z asystentem tramwajem albo autobusem, a nie ma prawa do przejazdów za darmo, to student z ASD musi kupić bilety i dla siebie i dla asystenta; jeśli jadą razem taksówką to student z ASD płaci za taksówkę).
2. Rezygnacja ze spotkania wymaga wcześniejszego poinformowania asystenta. (Jeśli z ważnych powodów student z ASD musi zrezygnować z wcześniej zaplanowanego wsparcia asystenta, powinien poinformować o tym asystenta nie później niż na 24 godziny przed planowanym terminem wsparcia).
3. Jeśli z ważnych powodów asystent nie może pomóc studentowi z ASD o wcześniej umówionej porze, to postara się żeby przyszedł do niego inny asystent. Asystent zadba o uniknięcie negatywnych konsekwencji dla studenta z ASD, które mogłyby powstać z uwagi na zaistniałą sytuację. Jeśli sprawa, w której miał pomagać asystent może być załatwiona w innym terminie, to asystent uzgodni ze studentem z ASD inny termin wsparcia.
4. Asystent prowadzi dziennik swojej pracy. Student z ASD będzie się podpisywać w tym dzienniku pod każdą wykonaną usługą.
5. Współpraca między studentem z ASD i asystentem nie jest możliwa, gdy któraś z tych osób jest pod wpływem alkoholu, narkotyków i innych tego typu środków.

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

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

**Nieporozumienia z asystentem, zmiany w kontrakcie i zmiany asystenta:**

1. Jeśli zaistnieją jakieś nieporozumienia między studentem z ASD a asystentem, to powinni oni spróbować sami spokojnie się porozumieć.
2. Jeśli student z ASD ma bardzo ważne powody, może zwrócić się do koordynatora asystentów o zmianę asystenta. Proszę korzystać z takiej możliwości rozważnie. Prośba o zmianę asystenta musi być wyrażona na piśmie (mailem). Student z ASD musi napisać, dlaczego chce zmienić asystenta.

Numer telefonu koordynatora wsparcia:…………………

1. Jeśli w trakcie korzystania ze wsparcia asystenta zmienią się potrzeby studenta z ASD, to ten kontrakt będzie można zmienić, na przykład dopisać nowe czynności, w których asystent ma wspierać studenta z ASD. O zmianę kontraktu student z ASD musi poprosić asystenta. Na zmianę kontraktu muszą się zgodzić wszystkie osoby, które go podpisały.
2. Jeśli asystent zrezygnuje z pracy, to w ciągu 2 tygodni Uczelnia zaproponuje studentowi z ASD nowego asystenta.
3. Z nowym asystentem zostanie zawarty nowy kontrakt.

…………………………………………………………………………………

Podpis Studenta z ASD

………………………………………………………………………………..

Podpis Asystenta

………………………………………………………………………………..

Podpis Koordynatora wsparcia studentów z ASD