Warszawa, dnia ………………………..

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

Nr albumu ………………………………………………………………………………………

Wydział………………………………………………………………………………………….

Kierunek studiów………………………………………………………………………………..

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

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

Rok studiów……………………………………………………………………………………..

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

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

Stopień niepełnosprawności…………………………………………………………………….

**W n i o s e k**

Proszę o przyznanie mi w roku akademickim 20…./20….. następujących form i rodzajów wsparcia:

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

**Krótkie uzasadnienie:**
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

podpis studenta………………………………………………………………………………...

Załączniki:

1. ………………………………………………….

2. ………………………………………………….

3. …………………………………………………..

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

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

Warszawa, dnia …………………………… Podpis……………………………