

WNIOSEK O PRYZNANIE WSPARCIA
ASYSTENT DYDAKTYCZNY STUDENTA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

I. Dane osobowe studenta

Imię i nazwisko:

PESEL: miejsce urodzenia:

Adres do korespondencji

.....

Tel.: e-mail:

Numer albumu: Rok studiów: I II III IV V

Kierunek studiów:

Rodzaj studiów:

stacjonarne/niestacjonarne, I stopnia, II stopnia, jednolite magisterskie

II. Stopień i rodzaj niepełnosprawności oraz krótki opis niepełnosprawności:

.....

.....

III. Wskazanie problemów w procesie kształcenia w powiązaniu ze stanem zdrowia:

.....

.....

.....

.....

IV. Okres wnioskowania o usługę:

Od do

V. Oczekiwana pomoc od asystenta (zakres wsparcia):

.....

.....

.....

.....

.....

VI. Wnioskowana liczba godzin wsparcia: h / miesiąc

(data i podpis wnioskodawcy)

(data przyjęcia wniosku i podpis pracownika)