

Wniosek
dla studentów z niepełnosprawnościami lub chorobami przewlekłymi
ubiegających się o wsparcie w procesie kształcenia

DANE OSOBOWE

1. Nazwisko i Imię.....
2. Nr PESEL.....
3. Telefon.....
4. Adres e-mail.....

INFORMACJE O STUDIACH

Nazwa kierunku:

Poziom : studia pierwszego stopnia

studia drugiego stopnia

studia jednolite magisterskie

(proszę zaznaczyć właściwy rodzaj studiów)

Rok studiów.....

INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB CHOROBY

Stopień niepełnosprawności *(proszę zaznaczyć stopień niepełnosprawności orzeczony przez komisję lekarską):*

— znaczny

— umiarkowany

— lekki

— brak orzeczonego stopnia

Schorzenia specjalne* *(proszę wymienić)*.....

.....

 Opis problemów zdrowotnych.....

.....
 Trudności w studiowaniu (proszę opisać trudności pojawiające się podczas studiów, które spowodowały chęć skorzystania ze wsparcia w procesie kształcenia.....

.....
 Rodzaj oczekiwanej pomocy (w przypadku trudności z określeniem rodzaju wsparcia, proszę zwrócić się do Pełnomocnika ds. Osób niepełnosprawnych).....

.....
 data

.....
 podpis studenta

OPINIA PEŁNOMOCNIKA DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

.....
 data

.....
 podpis

DECYZJA DYREKTORA INSTYTUTU

Pozytywna / Odmowna* (proszę zaznaczyć)

Pisemne uzasadnienie decyzji.....

.....

data

.....

podpis

** Od odmowy studentowi przysługuje odwołanie do Prorektora ds. Dydaktycznych w terminie 14 dni od daty doręczenia pisma.*