

WNIOSEK O UDZIELNIE WSPARCIA STUDENTOM, BĘDĄCYM OSOBAMI NIEPEŁNOSPRAWNYMI

Data złożenia wniosku.....

Imię i nazwisko.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu/ Adres e-mail.....

Wydział.....

Kierunek/tryb/rok studiów.....

Numer albumu.....

Rektor
Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa
z siedzibą w Poznaniu

za pośrednictwem

Pełnomocnika Rektora
ds. Osób Niepełnosprawnych

W N I O S E K

Orzeczenie o niepełnosprawności¹: trwałe okresowe do dnia

Opis niepełnosprawności:

Typ niepełnosprawności lub choroby (proszę zaznaczyć jedną lub więcej pozycję odnoszącą się do Pana/Pani):

- a) niesprawność narządu ruchu
- b) niesprawność narządu wzroku
- c) niesprawność narządu słuchu
- d) inne (jakie?)

Zwracam się z prośbą o udzielenie wsparcia ze środków dotacji na zadania związane ze stwarzaniem studentom, będącym osobami niepełnosprawnymi warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia (należy określić czego wsparcie ma dotyczyć, np. wypożyczenia specjalistycznego sprzętu lub urządzenia, wykorzystania określonych materiałów lub pomocy dydaktycznych przygotowanych w formie dostosowanej do rodzaju niepełnosprawności, pomocy ze strony asystentów osób niepełnosprawnych itp.)²

.....
.....
.....

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

¹ Właściwie zaznaczyć
² Zgodnie z § 5 ust. 1 Regulaminu.

Załączone dokumenty:

- 1) orzeczenie o niepełnosprawności
- 2)
- 3)

Oświadczenie

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji, zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego, odpowiedzialności na podstawie art. 286 § 1 kk oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej oświadczam, że podane przeze mnie dane we wniosku o udzielenie wsparcia studentom będącym osobami niepełnosprawnymi są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Wyższą Szkołę Bezpieczeństwa danych osobowych zawartych we wniosku o udzielenie wsparcia studentom będącym osobami niepełnosprawnymi, zgodnie z Ustawą dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....

Data i podpis studenta

Opinia Pełnomocnika Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych

Stwierdzam, że wniosek studenta jest

.....

Propozycja wsparcia:.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpis pełnomocnika