Załącznik nr 1a

**Wniosek o przyznanie usługi asystenta osobistego studenta/doktoranta niepełnosprawnego**

Na rok akademicki: ……………………………. Semestr: letni / zimowy

**1. Dane studenta/doktoranta**

Imię i nazwisko: ……………………………………………......................……nr albumu……………

Wydział:…………………………………………………………………………………..………………

Kierunek studiów:………………………………………………………….………….. rok:…………..

Studia: stacjonarne / niestacjonarne I stopnia / II stopnia /doktoranckie, nr albumu: ………………...

Numer telefonu: ………………………………………. E-mail: ………………………………………

**2. Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lekki | umiarkowany | znaczny |

**3. Uzasadnienie konieczności przyznania usługi**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**4. Terminy i czas zapotrzebowania na usługę:**

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

**4. Osoba proponowana do pełnienia funkcji osobistego asystenta studenta/doktoranta niepełnosprawnego:**

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

Nr telefonu: …………………………………………… e-mail: ………………………………………..

Uzasadnienie:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(data i podpis wnioskodawcy)*