WNIOSEK O PRZYZNANIE WSPARCIA   
- ASYSTENT DYDAKTYCZNY STUDENTA / STUDENTKI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

I. Dane osobowe studenta/studentki

Imię i nazwisko: ………………………………..………………………………………………………………………… PESEL: …………………………………..

Nr tel.: …………………………………………..…………………… e-mail: …………………….……………………….………….………………………………

Numer albumu: ……….…….……………… Rok studiów: I II III IV V

Kierunek studiów: …………………………………………………………… Filia: …………………………………………………………………………………

Rodzaj studiów:

stacjonarne niestacjonarne I stopnia II stopnia jednolite magisterskie

**II. Stopień i rodzaj niepełnosprawności:**

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

**III. Okres wnioskowania o usługę**:

(rok akademicki)……………….…………………………………………….

**IV. Oczekiwana pomoc od asystenta/asystentki (zakres wsparcia):**

* pomoc w dotarciu na uczelnię (tzw. transport zewnętrzny) na zajęcia objęte planem studiów
* asysta w przemieszczaniu się podczas i pomiędzy zajęciami (tzw. transport wewnętrzny)
* pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych podczas pobytu na uczelni
* pomoc w sporządzaniu notatek podczas zajęć / transkrypcja wykładów
* pomoc w wypełnianiu arkuszy odpowiedzi podczas egzaminów/zaliczeń semestralnych
* pomoc w korzystaniu z zasobów bibliotecznych

**V. Wnioskowana liczba godzin wsparcia w okresie od …………….. do ………………..: …………….. h** (łączna ilość godzin)

**VI. Dane asystenta/asystentki dydaktycznego/-ej:**

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

Nr tel.: …………………………… e-mail: …………………….……………………….………….…………

**LUB zgłoszenie zapotrzebowania na asystenta – proszę o określenie wymagań / preferencji dot. ww. osoby:**

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(data przyjęcia wniosku i podpis Pełnomocnika) (data i podpis wnioskodawcy)

**OPINIA PEŁNOMOCNIKA REKTORA DS. OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:**

Pełnomocnik Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnościami rekomenduje przyznanie wsparcia / nieprzyznanie wsparcia

studentce/owi …………………………………………………………………………………….. nr albumu ……………………………..

Wymiar przyznanego wsparcia:

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

na okres ………………………………………………………………… .

**Uzasadnienie:** .....………………………………………………………….………………………………………………………..………………………..…………………………………

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

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

Miejscowość, data (czytelny podpis PRON)

**Zatwierdzam przyznanie wsparcia / odmawiam przyznania wsparcia**

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

Miejscowość, data (podpis i pieczęć Rektora)