# Wniosek o przyznanie usługi Asystenta osoby z niepełnosprawnością

DZIAŁ WSPARCIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI UNIWERSYTETU SZCZECIŃSKIEGO

Rok akademicki:

I. Dane osobowe:

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Seria i numer dowodu osobistego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

Adres stałego zameldowania wraz z kodem pocztowym:

Adres korespondencyjny wraz z kodem pocztowym:

nr telefonu kontaktowego:

e-mail:

**Nazwa Wydziału:**

**Kierunek studiów:**

**Rodzaj studiów: stacjonarne/niestacjonarne, I stopnia, II stopnia, jednolite magisterskie\***

**Rok studiów:**

**Nr albumu:**

II. Stopień i rodzaj niepełnosprawności orzeczony przez komisję lekarską\*:

* znaczny stopień niepełnosprawności
* umiarkowany stopień niepełnosprawności
* lekki stopień niepełnosprawności

III. Okres wnioskowania o usługę:

Rok akademicki: 20 /20

Semestr: letni/zimowy**\***

Uzasadnienie konieczności przyznania usługi:

IV. Czy istnieje potrzeba przydzielenia transportu?

* tak
* nie

\*zaznaczyć właściwe

Załączone dokumenty:

1. Potwierdzenie statusu studenta przez dziekanat (zaświadczenie) – w załączeniu.
2. Potwierdzenie faktu i stopnia niepełnosprawności (orzeczenie) – w załączeniu.

(data i podpis wnioskodawcy)