

WNIOSEK O PRYZNANIE USŁUG ASYSTENCJI LUB USŁUG SPECJALISTYCZNYCH

_____	Kielce, dnia _____
Imię i nazwisko	
_____	_____
Wydział	Instytut
_____	_____
Rok studiów / Tryb studiów	Nr albumu

PESEL	Do (dziekan właściwego wydziału)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o:

- I. przyznanie asystencji przy sporządzaniu notatek* w wymiarzegodzin (jednorazowo/miesięcznie) w semestrze/roku akademickim.....
- II. przyznanie asystencji przy przemieszczaniu się na terenie Uniwersytetu w wymiarzegodzin (jednorazowo/miesięcznie) w semestrze/ roku akademickim
- III. przyznanie asystencji bibliotecznej i związanej z prowadzeniem badań naukowych w wymiarzegodzin w semestrze/roku akademickim.....
- IV. przyznanie asystencji
.....w wymiarzegodzin (jednorazowo/miesięcznie) w semestrze/roku akademickim.....
- V. przyznanie usług specjalistycznych polegających na
.....w wymiarzegodzin (jednorazowo/miesięcznie) w semestrze/roku akademickim

Uzasadnienie konieczności korzystania z usług asystenta lub specjalisty, ze wskazaniem zakresu czynności w przypadku asystencji wskazanej w § 3 ust 1 pkt 4) Regulaminu:
Posiadam orzeczenie o zakwalifikowaniu do stopnia niepełnosprawności **, orzeczenie o zaliczeniu do grupy inwalidzkiej, lub orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o
Spełniam warunki określone w § 3 pkt 2 regulaminu Centrum Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami z uwagi na **
Osoba proponowana do wykonywania usług asystenckich lub specjalistycznych: (imię, nazwisko tel. kontaktowy)

_____ podpis

* - właściwe zaznaczyć i wypełnić
** - właściwe podkreślić i wypełnić

Wypełnia pracownik SON:

Wnioskodawca w:

- semestrze zimowym roku akademickiegoma zgodnie z planem studiów zajęcia w wymiarze godzin*
- semestrze letnim roku akademickiegoma zgodnie z planem studiów
- zajęcia w wymiarze godzin* roku akademickim ma zgodnie z planem studiów zajęcia w wymiarze godzin*

Liczba godzin z przedmiotów, z których student/doktorant z niepełnosprawnością wnioskuje o sporządzanie notatek wynosi w semestrze /roku akademickim*

Liczba godzin zajęć w laboratorium, na które student/doktorant z niepełnosprawnością wnioskuje o przyznanie asystencji wynosi w semestrze / roku akademickim*

Wypełnia Kierownik CWOzN:

Opinia:

Wniosek należy uznać za zasadny/niezasadny gdyż:

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

Wnioskodawcy należy przyznać wsparcie w zakresie

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

w liczbie godzin (jednorazowo/miesięcznie)
na okres

Posiadane przez Uniwersytet środki w ramach Funduszu pozwalają / nie pozwalają** na udzielenie wsparcia w postaci opłacenia usług asystenckich / specjalistycznych** we wskazanym powyżej zakresie i okresie.

podpis

Zgoda/Brak zgody** na uruchomienie środków:

Prorektor ds. kształcenia

* właściwe zaznaczyć i wypełnić

** niepotrzebne skreślić