

POZWOLENIE
na zastosowanie urządzeń audiowizualnych

Dane osobowe studenta:

Imię:
Nazwisko:
Nr albumu:
Wydział:
Kierunek:
Rok studiów:

Ze względu na potrzeby wynikające z posiadanej niepełnosprawności student/doktorant ma prawo do stosowania w czasie zajęć dydaktycznych urządzenia audiowizualnego pozwalającego na rejestrację zajęć

W okresie od 01.10.20..... – 30.09.20.....

Kielce, dnia.....

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

Opinia Kierownika CWOzN

.....

.....
Dziekan / Kierownik Studiów Doktoranckich / Kierownik Sekcji