

Łódź, dnia ……………

Pełnomocnik Rektora

ds. osób z niepełnosprawnościami

dr Małgorzata Walaszczyk

**Wniosek o wsparcie w roku akademickim 20…../20…… w semestrze ……………..**

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

Nr albumu: ………………………………………………………….

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

Kierunek: …………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………….

Nr telefonu : ……………………………………………………………………..

Adres e-mail: ………………………………………………………………………………………..

Stopień i rodzaj niepełnosprawności : …………………………………………………………

Orzeczenie o niepełnosprawności wydane okresowo do dnia: …………………………………………………..

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

Załączone dokumenty:

1. Orzeczenie o niepełnosprawności

 …………………

 podpis wnioskującego