

Łódź, dnia ……………

Pełnomocnik Rektora

ds. osób z niepełnosprawnościami

dr Małgorzata Walaszczyk

**Zgoda oraz wyrażenie potrzeby dydaktyka na wsparcie naukowe w dodatkowym wymiarze godzin w roku akademickim 20…../20……**

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

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

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

Nazwa przedmiotu: ……………………………………………………………….

Ilość godzin dodatkowych w tygodniu: ……………………………………………….

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

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

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

…………………

podpis pedagoga