Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 20/2023

Rektora ANSB z dnia 26.06.2023 r.

# WNIOSEK

**dla osób ubiegających się o wsparcie Pełnomocnika ds. dostępności w sprawie dostosowania sposobów weryfikowania efektów uczenia się do potrzeb osób z niepełnosprawnościami oraz osób znajdujących się w szczególnej sytuacji zdrowotnej**

Skierniewice, dnia ……………………………………....

1. **DANE OSOBOWE[[1]](#footnote-2):**

**Nazwisko:** …………………………………………………………………………………………………………

**Imię:** ……………………………………………………………………………………………………………………

**PESEL:** ……………………………………………………………………………………………………………….

**Telefon kontaktowy:** ………………………………………………………………………………………

**Adres zamieszkania:** ………………………………………………………………………………………

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

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE STUDIÓW:**

**Nr indeksu/albumu: ……………………………………………………………………………………………**

**Rok studiów, kierunek lub kierunki** (w przypadku osób studiujących na więcej niż jednym kierunku): ………………………………………………………………………………………………..

# Poziom kształcenia[[2]](#footnote-3):

* studia pierwszego stopnia
* studia drugiego stopnia
* studia jednolite magisterskie
* studia podyplomowe

# Tryb studiów:

* studia stacjonarne
* studia niestacjonarne

# INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB SZCZEGÓLNEJ SYTUACJI ZDROWOTNEJ:

**Stopień niepełnosprawności[[3]](#footnote-4)**:

* znaczny
* umiarkowany
* lekki
* brak orzeczonego stopnia niepełnosprawności

# Krótki opis sytuacji zdrowotnej:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Opis barier i trudności, które mogą pojawić się w trakcie weryfikacji efektów uczenia się, które wskazują na potrzebę skorzystania ze wsparcia:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Rodzaj (charakter) oczekiwanego wsparcia ze strony Uczelni oraz opis potrzeb (w przypadku trudności z jego określeniem wsparcia, proszę zwrócić się do Koordynatora):**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………… …………………………………………….

(data) (czytelny podpis studenta)

**Załączniki[[4]](#footnote-5):**

1. **……………………………………………………………………………………………………………………………**
2. **……………………………………………………………………………………………………………………………**
3. **……………………………………………………………………………………………………………………………**
4. **……………………………………………………………………………………………………………………………**
5. **……………………………………………………………………………………………………………………………**
6. **……………………………………………………………………………………………………………………………**
7. **……………………………………………………………………………………………………………………………**
8. **……………………………………………………………………………………………………………………………**
9. **……………………………………………………………………………………………………………………………**
10. **……………………………………………………………………………………………………………………………**

**Opinia Koordynatora ds. Osób z Niepełnosprawnościami:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………….

(podpis)

**Decyzja Dziekana:**

Akceptuję / nie akceptuję[[5]](#footnote-6)

…………………………………………….

(podpis)

1. Wniosek należy wypełnić drukowanymi literami. [↑](#footnote-ref-2)
2. Należy zaznaczyć właściwy rodzaj studiów. [↑](#footnote-ref-3)
3. Należy zaznaczyć właściwy stopień niepełnosprawności. [↑](#footnote-ref-4)
4. Należy podać nazwy dokumentów, które załącza się do wniosku. [↑](#footnote-ref-5)
5. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-6)