**Wniosek o udzielenia wsparcia asystenta osoby z niepełnosprawnościami   
w roku akademickim …………………………..**

Gorzów Wielkopolski ………………………….

Imię i nazwisko ………………….. …………………... Nr albumu ……………………

Wydział…………………………………………………………

Kierunek………………………………………………………..

Rok studiów……………………………………………………

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………

Numer telefonu, adres e-mail.......................................................................................

Stopień i rodzaj niepełnosprawności.............................................................................

Orzeczenie o niepełnosprawności wydane okresowo do dnia ………………/   
 Na stałe

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

**Załączone dokumenty:**

1. Orzeczenie o niepełnosprawności
2. …………………………………..
3. …………………………………...

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku przez Akademie im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia   
1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz.926 z późn. zm.).

……………………………………………………………

Data i podpis studenta

Opinia Pełnomocnika ds. osób z niepełnosprawnościami Akademii im. Jakuba   
z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim

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

………………………………………

Data i podpis Pełnomocnika

ds. osób z niepełnosprawnościami

**Wyrażam zgodę** **/ nie wyrażam zgody** na przyznanie wsparcia asystenta osoby niepełnosprawnej.

…………………………………………….

Data i podpis Prorektora ds. kształcenia