Załącznik 4

do Regulaminu świadczeń

dla studentów AMiSNS w Elblągu

z dnia 29.09.2022 r.

Data złożenia wniosku.................................... podpis pracownika Dziekanatu .......................................

WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

###### Część A – wypełnia student

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | | | |
| Numer albumu | | Kierunek studiów | |
| Wydział | | Tryb studiów  Stacjonarne/niestacjonarne\* | |
| Rok studiów | Semestr | | Grupa *(wypełnia dziekanat)* |
| Miejsce stałego zamieszkania | | | Telefon komórkowy |
| Adres korespondencyjny studenta | | | |
| Adres stałego zameldowania rodziny na utrzymaniu której student pozostaje | | | |

Proszę o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnychna okres od ........................................ do ........................................

Do wniosku dołączam orzeczenie lekarskie o ……………………………. stopniu niesprawności wydane na okres od ……………… do …………………..

|  |  |
| --- | --- |
| ..........................................  miejscowość, data | .................................................  podpis studenta |

**Część B – wypełnia Uczelnia**

|  |  |
| --- | --- |
| ..........................................  miejscowość, data | .................................................  podpis pracownika Dziekanatu |

|  |
| --- |
| KWOTA PRZYZNANEGO STYPENDIUM .......................................... zł ...................................  data i podpis Dziekana |