

POZWOLENIE
na używanie technicznych urządzeń wspomagających
w czasie zajęć dydaktycznych*

Dane studenta:

Imię [][][][][][][][][][][][][][][][][][][]

Nazwisko [][][][][][][][][][][][][][][][][][][]

Nr albumu [][][][][][]

Kierunek [][][][][][][][][][][][][][][][][][][]

Rok studiów I [] II [] III [] IV [] V []

Tryb studiów: stacjonarne [] niestacjonarne []

Ze względu na posiadaną niepełnosprawność student ma prawo
do stosowania w czasie zajęć dydaktycznych następujących urządzeń:

.....
.....
.....

okresie od [][]-[][]-[][][][] od [][]-[][]-[][][][]

Warszawa, dnia [][]-[][]-[][][][]

.....

(podpis Pełnomocnika
Rektora ds. osób niepełnosprawnych)

** Wydaje się na prośbę zainteresowanego*