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 studiówStacjonarne/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 |