

Załącznik nr 1

do Regulamin współpracy osoby z niepełnosprawnością z Asystentem Edukacyjnym
w ramach projektu w ramach projektu „Poprawa dostępności Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w
Szczecinie dla osób niepełnosprawnych”

.....
Miejscowość, data

**WNIOSEK
O PRYZNANIE ASYSTENTA EDUKACYJNEGO**

Wnioskodawca

imię i nazwisko:

PESEL:

Adres do korespondencji:

Telefon kontaktowy lub e-mail:

Status wnioskodawcy: student */ doktorant* (zaznaczyć właściwe)

Rok studiów/rok kształcenia:

Kierunek (jeżeli dotyczy):

**Zwracam się z prośbą o przyznanie w roku akademickim
w semestrze wsparcia Asystenta Edukacyjnego.**

Uzasadnienie

(proszę szczegółowo podać zakres oczekiwanej pomocy, np.: pomoc w wypełnianiu dokumentów, zapoznanie z rozmieszczeniem poszczególnych jednostek PUM; harmonogram zajęć z zaznaczeniem, na których zajęciach pomoc asystenta jest niezbędna oraz uzasadnienie potrzeby otrzymania wsparcia Asystenta):

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

Niniejszym oświadczam, że zawarte we wniosku informacje są prawdziwe.

.....
data i podpis studenta/doktoranta

Załączniki:

- Harmonogram zajęć z zaznaczeniem, na których zajęciach wsparcie Asystenta Edukacyjnego jest niezbędne.
- Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie, o którym mowa w art. 5 oraz art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (do wglądu).

DECYZJA:

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

.....
data i podpis

Pełnomocnika Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych