

Data złożenia Załącznika nr 6:
Podpis osoby przyjmującej Załącznik nr 6:

Dyrektor Kolegium/Kolegialna Komisja Stypendialna*
Wyższej Szkoły Zarządzania Ochroną Pracy
w Katowicach (WSZOP)

**WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
W ROKU AKADEMICKIM, SEMESTR ZIMOWY/LETNI***

Imię i nazwisko:

Numer albumu: Forma studiów

Kierunek:

Specjalizacja:

Rok studiów: Semestr:

Adres stałego zamieszkania:

ulica, numer domu, mieszkania, kod pocztowy, miejscowość

Wnioskuje o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych.

Oświadczam, że posiadam* :

- znaczny stopień niepełnosprawności do dnia
- umiarkowany stopień niepełnosprawności do dnia
- lekki stopień niepełnosprawności do dnia

Termin ważności orzeczenia

Do wniosku dołączam dokumenty potwierdzające posiadany stopień niepełnosprawności:

1.
2.
3.

data i podpis studenta

Potwierdzenie dziekanatu w zakresie kompletności/ niekompletności złożonego wniosku*

Wyszczególnienie brakujących dokumentów (wypełnia dziekanat):

1.
2.

data i podpis pracownika dziekanatu

Oświadczam, że zostałem poinformowany o konieczności uzupełnienia w/w brakujących dokumentów do dnia.....pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia.

data i podpis studenta

* niepotrzebne skreślić

