

Nr wniosku		Rok akademicki	2023/2024
Data wpłynięcia		___/___/20___	
Podpis osoby przyjmującej			

Warszawa, dnia \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

**WYDZIAŁOWA KOMISJA STYPENDIALNA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wypełnia dziekanat lub komisja stypendialna

## Wniosek o przyznanie stypendium dla osób niepełnosprawnych

Wydział					
Nazwisko			Imiona		
Nr albumu			Nr PESEL		
Adres zameldowania					
Miejscowość			Kod pocztowy		Obywatelstwo
Ulica			Nr domu		Lokal
Adres e-mail			Telefon	Studia: stacjonarne/niestacjonarne*	
Stopień studiów	pierwszy/drugi / doktoranci*	Semestr studiów		Kierunek studiów	
Numer rachunku bankowego					

Łączny okres, w którym posiadał(-am/-em) prawa studenta wynosi \_\_\_\_\_ semestr(-y/ów), w tym na studiach I-go stopnia \_\_\_\_\_ semestr(-y/ów), II-go stopnia \_\_\_\_\_ semestr(-y/ów).

Data powstania niepełnosprawności: \_\_\_\_\_

Dokument stwierdzający moją niepełnosprawność jest ważny do: \_\_\_\_\_

Stopień niepełnosprawności zgodnie z orzeczeniem: lekki / umiarkowany / znaczny \*

### Uwagi komisji:

Nie przyznać stypendium dla osób niepełnosprawnych z powodu*: _____ _____	
Przyznać stypendium dla osób niepełnosprawnych na ___ miesięcy w kategorii _____ (słownie)	
Data	Podpis

