

Warszawa, dnia \_\_\_/\_\_\_/201\_\_

Nr wniosku		Rok akademicki	201__/201__
Data wpłynięcia		___/___/201__	
Podpis osoby przyjmującej			

**DZIEKAN**

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

Wypełnia dziekanat lub komisja stypendialna

## Wniosek o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych

Wydział					
Nazwisko			Imiona		
Nr albumu			Nr PESEL		
Adres stałego zameldowania					
Miejscowość			Kod pocztowy		
Ulica			Nr domu		
Adres e-mail			Telefon		
Stopień studiów	pierwszy / drugi / trzeci*		Semestr studiów		
			Kierunek studiów		
Numer konta bankowego					

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

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

### Uwagi komisji:

Nie przyznać stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych z powodu\*:

Przyznać stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych na \_\_\_ miesięcy w kategorii \_\_\_\_\_ (słownie)

Data	Podpis

\*) Niepotrzebne skreślić

