

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

Warszawa, dnia ___/___/201__

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		Obywatelstwo	
Ulica		Nr domu		Lokal	
Adres e-mail		Telefon		Studia: stacjonarne/niestacjonarne 1	
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

