

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		
Ulica			Nr domu		
Adres e-mail			Telefon		
Stopień studiów	pierwszy / drugi / trzeci*		Semestr studiów		
Numer konta bankowego					

Dokument stwierdzający moją niepełnosprawność jest ważny do: _____

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

Komisja postanawia:

Nie przyznać stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych z powodu*:	

Przyznać stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych na ____ miesięcy w kategorii _____ (słownie)	

Data	Podpis

*) Niepotrzebne skreślić

