

Nr wniosku: ..... Rok akademicki: 20...../20.....  
Data wpłynięcia: ...../...../20..... r.  
Podpis osoby przyjmującej: .....  
Adnotacje: .....  
.....

Warszawa, dnia \_\_\_\_\_

**DZIEKAN**

.....  
.....  
.....

*Wypełnia dziekanat lub komisja stypendialna*

## Wniosek o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych

Nazwisko \_\_\_\_\_

Imiona \_\_\_\_\_

Nr albumu \_\_\_\_\_ Nr PESEL \_\_\_\_\_ Obywatelstwo: \_\_\_\_\_

Adres stałego zameldowania: kod pocztowy \_\_ - \_\_ miejscowość \_\_\_\_\_

ulica \_\_\_\_\_ nr domu \_\_\_\_\_ lokal \_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_ telefon: \_\_\_\_\_

Semestr studiów \_\_ Studia: stacjonarne/niestacjonarne\* Grupa dziekańska \_\_\_\_\_

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

*Decyzje w sprawie wniosków złożonych w terminie określonym w §4 ust. 2 regulaminu zostaną podjęte w ciągu 1 tygodnia po jego upływie, w innym razie - w ciągu 14 dni od dnia złożenia wniosku i są do wglądu w dziekanacie.*

### Decyzja dziekana/komisji stypendialnej \*

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

- a) niekompletności wniosku,
- b) przekroczenia okresu pobierania stypendium specjalnego ponad planowany czas studiów,
- c) innego, jakiego (określić). .....

Przyznano stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych na \_\_ miesiące w kategorii.....(słownie)

Data .....

Podpis dziekana lub przewodniczącego komisji stypendialnej .....

*Studentowi przysługuje prawo odwołania od decyzji do Rektora lub Odwoławczej Komisji Stypendialnej za pośrednictwem Dziekana w terminie 14 dni od ogłoszenia list lub informacji o przyznaniu lub nieprzyznaniu świadczeń.*

\* ) Niepotrzebne skreślić

