

Warszawa, dnia ____/____/20__

Nr wniosku		Rok akademicki	2021/2022
Data wpłynięcia		____/____/20__	
Podpis osoby przyjmującej			

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		
Ulica			Nr domu	Lokal	
Adres e-mail			Telefon	Studia: stacjonarne/niestacjonarne*	
Stopień studiów	pierwszy / drugi / trzeci*		Semestr studiów	Kierunek studiów	
Numer konta bankowego					

Łączny czas pobierania świadczeń pomocy materialnej wynosi ____ miesięcy i nie przekracza 72 miesięcy.

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

