**Załącznik nr 1** do Regulaminu przyznawania usług asystencji oraz usług specjalistycznych studentom i doktorantom   
z niepełnosprawnościami studiującym w Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach.

# **WNIOSEK O PRZYZNANIE USŁUG ASYSTENCJI LUB USŁUG SPECJALISTYCZNYCH**

Kielce, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wydział\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kierunek studiów\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rok studiów / Tryb studiów\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr albumu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Do Dziekan/Dziekana** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie:

1. **asystencji przy sporządzaniu notatek** w wymiarze\_\_\_\_\_\_\_\_ godzin miesięcznie,   
   w semestrze\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ roku akademickiego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **asystencji przy przemieszczaniu** **się** w wymiarze\_\_\_\_\_\_\_ godzin miesięcznie,   
   w semestrze\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ roku akademickiego\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:
   * na terenie Uniwersytetu oraz pomiędzy obiektami Uniwersytetu (prosimy o wpisanie TAK lub NIE)\_\_\_\_\_\_
   * pomiędzy Uniwersytetem a miejscem zamieszkania (prosimy o wpisanie TAK lub NIE)\_\_\_\_\_\_\_
3. **asystencji bibliotecznej** i związanej z prowadzeniem badań naukowych w wymiarze\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godzin w semestrze \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_roku akademickiego\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **asystencji innego rodzaju** wskazanej w § 3 ust. 1 pkt 4 Regulaminu w zakresie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_w wymiarze\_\_\_\_ godzin miesięcznie w semestrze \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ roku akademickiego \_\_\_\_\_\_\_\_
5. **usług specjalistycznych** polegających na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_w wymiarze \_\_\_\_\_ godzin miesięcznie w semestrze \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_roku akademickiego \_\_\_\_\_\_\_\_

Uzasadnienie konieczności korzystania z usług asystenta lub specjalisty:

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

Spełniam warunki określone w § 2 pkt 2 Regulaminu, ponieważ:

* posiadam ważne orzeczenia o zaliczeniu do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stopnia niepełnosprawności;
* posiadam ważne orzeczenie o zaliczeniu do\_\_\_\_\_\_\_ grupy inwalidzkiej;
* posiadam ważne orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* jestem osobą ze szczególnymi potrzebami z uwagi na\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* jestem osobą ze specyficznymi trudnościami z uwagi na\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Osoba proponowana do wykonywania usług asystenckich lub specjalistycznych (imię i nazwisko oraz telefon kontaktowy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

podpis

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Wypełnia pracownik Centrum Wsparcia:**

Wnioskodawca w:

* semestrze zimowym roku akademickiego\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ma zgodnie z planem studiów zajęcia w wymiarze\_\_\_\_\_\_\_ godzin;
* semestrze letnim roku akademickiego\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ma zgodnie z planem studiów zajęcia   
  w wymiarze\_\_\_\_\_ godzin.

Liczba godzin z przedmiotów, z których student/doktorant z niepełnosprawnością wnioskuje   
o sporządzanie notatek wynosi\_\_\_\_\_\_ w semestrze\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ roku akademickiego \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liczba godzin zajęć w laboratorium, na które student/doktorant z niepełnosprawnością wnioskuje o przyznanie asystencji wynosi\_\_\_\_\_\_\_ w semestrze\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ roku akademickiego\_\_\_\_\_\_\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wypełnia kierownik Centrum Wsparcia:**

Opinia:  
Wniosek należy uznać za: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wnioskodawcy należy przyznać wsparcie w zakresie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_w liczbie godzin miesięcznie\_\_\_\_\_\_, w semestrze\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, roku akademickiego\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Posiadane przez Uniwersytet środki w ramach Funduszu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na udzielenie wsparcia   
w postaci finansowania usług \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ we wskazanym powyżej zakresie   
i okresie.

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

Podpis kierownika Centrum Wsparcia

Zgoda/Brak zgody na uruchomienie środków:

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

Prorektor ds. kształcenia

Zgoda/Brak zgody na przyznanie proponowanego wsparcia:

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

Dziekan Wydziału