|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko: | |  | | |  |  |
| Imiona: | |  | | | *(miejscowość, data)* |
| Grupa /forma /semestr: | | | |  |
| Adres: |  | | | |
|  |  | | | |
| Numer albumu: | | |  | |

**Do Dziekana**

**Wyższej Szkoły Technologii Informatycznych**

**w Katowicach**

**W N I O S E K**

Zwracam się z prośbą o przyznanie limitu bezpłatnego kserowania (drukowania\*) materiałów dydaktycznych w semestrze ……………………… roku akademickiego ……… /……….

**Uzasadnienie**:

|  |
| --- |
| *Niepełnosprawność znacznie utrudnia mi lub uniemożliwia korzystanie z materiałów dydaktycznych na* |
| *zasadach ogólnych (w wyznaczonym czasie, terminie, bibliotece). Przyznany bezpłatny limit usług* |
| *kserograficznych umożliwi mi swobodny dostęp do materiałów dydaktycznych.* |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(czytelny podpis studenta)* |
| popieram prośbę / nie popieram prośby\* |  |
|  |  |
| *(pełnomocnik ds. osób niepełnosprawnych)* |  |
|  | wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* |
|  |  |
|  | *(podpis Dziekana)* |

**Załączniki**:

1. kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności

2. ...........................................................................

3. ...........................................................................

**WYPEŁNIAJĄ PEŁNOMOCNIK NIEPEŁNOSPRAWNYCH /WŁADZE UCZELNI**

**KOMENTARZ DO WNIOSKU**

Załączona przez studenta kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności:

* wskazuje na ważność wydanego orzeczenia: TAK /NIE\*
* orzeczony symbol przyczyny niepełnosprawności jest zgodny z wnioskowanym udostępnieniem materiałów dydaktycznych: TAK /NIE /NIE DOTYCZY\*
* inne dostarczone zaświadczenia wskazują na zgodność dysfunkcji studenta z wnioskowanym udostępnieniem materiałów dydaktycznych: TAK /NIE /NIE DOTYCZY\*

UWAGI:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Po wstępnej analizie wniosku, zgodnie z Regulaminem studiów WSTI w Katowicach, student spełnia warunki ogólne dopuszczające decyzję zgody na udostępnienie materiałów dydaktycznych w postaci przyznania limitu bezpłatnego kserowania (drukowania\*): TAK /NIE\*

Uwagi i informacje pełnomocnika ds. osób niepełnosprawnych Uczelni:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

*(data) (podpis pełnomocnika ds. osób niepełnosprawnych)*

**PRZYGOTOWANIE DECYZJI**

Wyrażam zgodę na przyznanie limitu bezpłatnego kserowania notatek i materiałów dydaktycznych TAK /NIE\*

Uwagi dla studenta:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Uwagi dla pełnomocnika ds. osób niepełnosprawnych:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

*(data) (podpis Dziekana)*