|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 indywidualnych konsultacji w ramach lektoratu\*\*:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | j. polskiego |
| [ ]  | j. angielskiego realizowanego z grupą tj. dodatkowych konsultacji uzupełniających |
| [ ]  | j. angielskiego realizowanego w całości indywidualnie tj. lektoratu dostosowanego |
| **Uzasadnienie** wraz z określeniem wnioskowanej ilości godzin dydaktycznych: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Okres wnioskowania o usługę: Rok akademicki: 20……… /20……… Semestr: letni/zimowy\*

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(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 i rodzaj przyczyny niepełnosprawności wskazuje na potrzebę zapewnienia indywidualnych konsultacji w ramach wnioskowanego lektoratu: TAK /NIE /NIE DOTYCZY\*
* inne dostarczone zaświadczenia wskazują na zgodność dysfunkcji studenta z wnioskowanym lektoratem: TAK /NIE /NIE DOTYCZY\*

UWAGI:

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

Po wstępnej analizie wniosku, student spełnia warunki ogólne dopuszczające decyzję zgody na przyznanie godzin zajęć w ramach wnioskowanego lektoratu(ów) zapewniających mu odpowiednie warunki kształcenia: TAK /NIE\*

Uwagi i informacje pełnomocnika ds. osób niepełnosprawnych uczelni:

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

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

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

**PRZYGOTOWANIE DECYZJI**

Wyrażam zgodę na przyznanie zajęć w ramach wnioskowanego lektoratu(ów): TAK /NIE\*

Uwagi dla studenta:

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

Uwagi dla pełnomocnika ds. osób niepełnosprawnych:

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

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

  *(data) (podpis Dziekana)*