**-1-**

Koszalin, dnia ................................

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

(nazwisko i imię) (wydział, kierunek, rok studiów, nr albumu)

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

(planowy termin ukończenia studiów) (miejsce zameldowania, województwo)

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

(adres do korespondencji) (telefon kontaktowy) (adres e-mail)

# WNIOSEK

# O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA NIEPEŁNOSPRAWNYM STUDENTOM I DOKTORANTOM

**ZE ŚRODKÓW  
 STOWARZYSZENIA WSPIERANIA ROZWOJU POLITECHNIKI KOSZALIŃSKIEJ**

**Proszę o przyznanie mi świadczenia na rok akademicki ………./……..**

**I. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności / grupie inwalidztwa** (załączyć kserokopię):

Stopień niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany, lekki\* / I grupa, II grupa, III grupa inwalidzka\*.

1. Niesłyszący i słabo słyszący TAK/NIE\*\*
2. Niewidomi i słabo widzący TAK/NIE\*\*
3. Z dysfunkcją narządu ruchu: chodzący / niechodzący. TAK/NIE\*\*
4. Inne rodzaje niepełnosprawności TAK/NIE\*\*

**II. Średnia ocen za ostatni rok /semestr studiów**\*\*: **…………………………………………….**

**III. Na dzień składania wniosku moja rodzina składa się z niżej wymienionych osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **imię i nazwisko** | **rok urodzenia** | **stopień pokrewieństwa** | **miejsce zatrudnienia  lub inne źródło dochodu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Do wniosku dołączam następujące załączniki:**

1. …………………………………… 4. ………………………………………………..
2. ……………………………………… 5. ………………………………………………..
3. ……………………………………… 6. ………………………………………………..

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Politechnikę Koszalińską danych osobowych zawartych we wniosku o w/w świadczenie (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997   
o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.).*

*\*właściwe podkreślić*

*\*\*niepotrzebne skreślić* .…….….............................................................

(podpis studenta)

**-2-**

**Wypełnia pracownik dziekanatu**

# Potwierdzam średnią ocen za rok/semestr studiów…………………..

Planowy termin ukończenia studiów…………………………………

Miesięczny dochód netto przypadający na jednego członka rodziny studenta wg załączonych zaświadczeń ( jeżeli jest możliwy do ustalenia ) wynosi …………………… zł

Data złożenia wniosku w dziekanacie ..….-…...-…………

……………………………………..

( pieczęć i podpis pracownika Wydziału/Instytutu )

**Wniosek kierowany przez**: …………………………………………

( pieczęć i podpis prodziekana ds. studenckich )

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Opinia**

Prorektora ds. Studenckich, Organizacji i Rozwoju:

………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………...

.…….…............................

(pieczęć i podpis)

**Decyzja**

Komisji Zarządu Stowarzyszenia Wspierania Rozwoju Politechniki Koszalińskiej:

………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………...…

…………………………………………………………………………………………………...……

….….............................................. …………………………………….

(data) (podpis Przewodniczącego SWRPK)