……………………………………………

 (miejscowość, data)

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE SPRZĘTU TECHNICZNEGO

Z BIURA DS. OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

U WYŻSZEJ SZKOLE JĘZYKÓW OBCYCH IM. SAMUELA BOGUMIŁA LINDEGO W POZNANIU

w semestrze *zimowym*/*letnimi* w roku akademickim \_ \_ \_ \_/\_ \_ \_ \_

|  |  |
| --- | --- |
| Imię: |  |
| Nazwisko:  |  |
| Data urodzenia:  |  |
| PESEL: |  |
| Adres zamieszkania: |  |
| Nr telefonu: |  |
| Mail:  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nr albumu:  |  |
| Kierunek:  |  |
| Rok i semestr:  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Poziom kształcenia:  | Forma kształcenia:  |
| * Pierwszego stopnia
* Drugiego stopnia
 | * Stacjonarne
* Niestacjonarne
 |

Proszę krótko opisać przyczynę wnioskowania:

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

Zwracam się z prośbą o uzyskanie wsparcia - należy określić jakiego wsparcie/wypożyczenie ma dotyczyć:

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

Do wniosku załączam:

|  |  |
| --- | --- |
| Stopień niepełnosprawności:  | Symbol niepełnosprawności:  |
| * Lekki
* Umiarkowany
* Znaczny
* Głęboki
 | …………………………………………………………………….. |

Wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie wsparcia/ udostępnienie sprzętu przez Wyższą Szkołę Języków Obcych im. Samuela Bogumiła Lindego z siedzibą główną w Poznaniu, ul. Różana 17A, 61-577 Poznań.

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/am się z regulaminem wsparcia oraz wypożyczania sprzętu z Biura ds. Osób z niepełnosprawnościami w Wyższej Szkole Języków Obcych im. Samuela Bogumiła Lindego w Poznaniu.

- W przypadku zmian sytuacji zdrowotnej i/lub zawodowej mającej wpływ na prawo do świadczenia zobowiązuję się bez zbędnej zwłoki powiadomić o tym fakcie Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami.

- Zobowiązuję się do troski o wypożyczony sprzęt oraz zwrotu w wyznaczonym terminie.

- Sprzęt zostanie zwrócony w stanie nie gorszym niż w dnu udostępnienia.

- W razie uszkodzenia lub zniszczenia, wypożyczający zobowiązuje się do pokrycia kosztów związanych z naprawą lub zakupem nowego sprzętu.

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

 (data i podpis osoby z niepełnosprawnością )

DECYZJA:

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

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

 (data, pieczątka i podpis)