Wrocław, dn. ……………………… r.

………………………………………………………………

Dziekan Szkoły Doktorskiej UE we Wrocławiu

**WNIOSEK**

**o zastosowanie alternatywnych rozwiązań wspierających doktorantów ze szczególnymi potrzebami**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię  | Nazwisko |
|  |  |
| Numer indeksu  |  |
| Kierunek studiów  |  |

WNIOSKOWANE FORMY ROZWIĄZAŃ ALTERNATYWNYCH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Forma rozwiązań alternatywnych | Okres stosowania rozwiązań |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3  |  |  |

…………………………………………………..

Data i podpis doktoranta

 (akceptacja proponowanych rozwiązań)

**Opinia pełnomocnika/sekcji**

Na podstawie złożonej przez doktoranta ze szczególnymi potrzebami dokumentacji oraz analizy wpływu stanu zdrowia studenta na jego potrzeby edukacyjne potwierdzam zasadność zastosowania wnioskowanych form rozwiązań alternatywnych w procesie kształcenia.

……………………… …………………………………………

/Data/ /Podpis i pieczęć/

 **Decyzja Dziekana**

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

……………………… …………………………………………

/Data/ /Podpis i pieczęć/