…………………………………

Dziekan ds. Studenckich/Dziekan Filii

**WNIOSEK**

**o zastosowanie alternatywnych rozwiązań wspierających studentów**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię | **Nazwisko** |
| Numer Indeksu  |
| Kierunek studiów  |

**Wnioskowane formy rozwiązań alternatywnych**

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

…………………………………………

 Data i podpis studenta

**Opinia pełnomocnika/sekcji**

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

…………………………………………

 /Data i podpis/

**Decyzja Dziekana**

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

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

………………………… …………………………………………

/Data/ /Podpis i pieczęć/