



- niesprawność narządu wzroku
- niesprawność narządu słuchu
- inna (jaka?) .....

4. **Zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie wsparcia ze środków dotacji na zadania związane ze stwarzaniem studentom, będącym osobami niepełnosprawnymi warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia\*:**

5. Proszę zaznaczyć rodzaj wsparcia:

- wypożyczenie specjalistycznego sprzętu lub urządzenia,  
.....
- wsparcie asystenta osoby niepełnosprawnej,  
.....
- inny (jaki) .....  
.....

**Uzasadnienie prośby:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 kk – „ Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd, albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” – oraz o odpowiedzialności dyscyplinarnej z art. 211 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1842, z późn. zm.), oświadczam, że:

- dane zawarte w dołączonych do wniosku dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym;
- zapoznałem/am się z Regulaminem przyznawania wsparcia oraz dysponowania środkami dotacji na zadania związane ze stwarzaniem studentom będącym osobami niepełnosprawnymi warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia w Szkole Głównej Służby Pożarniczej;  

Tak 
Nie
- wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Szkołę Główną Służby Pożarniczej danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie wsparcia studentowi z niepełnosprawnością (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz. U. z 2016 r. poz.922,, z późn. zm.).  

Tak 
Nie

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(własnoręczny czytelny podpis studenta)

\* - Proszę wstawić „X” w prawidłowe okienko

**Rozpoznanie sprawy:**

.....  
(miejsowość, data) (podpis Koordynatora ds. osób niepełnosprawnych)

**Opinia Kierownika Działu Spraw Studenckich:**

.....  
(miejsowość, data) (podpis Kierownika Działu Spraw Studenckich)

**Decyzja w sprawie przyznania wsparcia:**

.....  
(miejsowość, data) (podpis Dziekana właściwego wydziału)