***Załącznik nr 2***  *do Regulaminu Świadczeń dla studentów ANSG*

 **KOMISJA STYPENDIALNA
 Akademii Nauk Stosowanych**

 **im. Józefa Gołuchowskiego**

**WNIOSEK
O PRZYZNANIE STYPENDIUM DLA NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Nazwisko…………………………….................... Imię/imiona.......…............…...………….....

Nr albumu ………… Adres mailowy .................................... telefon kontaktowy ...................

Wydział/Kierunek studiów…………............................................……….....................……….….......

Studia: I°/II°\* Rok studiów…..... Semestr studiów........... Studia stacjonarne /niestacjonarne

 **Proszę o przyznanie stypendium specjalnego dla osób niepełnosprawnych** w roku akademickim 20...../20....semestrze......

 **na podstawie załączonego** orzeczenia *( potwierdzoną za zgodność jego kopią)* **organu orzekającego** **o rodzaju i stopniu niepełnosprawności**

Ważnego od dnia …………………………….. do dnia ……………………………………....

**Stopień niepełnosprawności ………………………………………………………………......**

* Zapoznałem/zapoznałam się i rozumiem treść postanowień Regulaminu Świadczeń dla Studentów ANSG.

data ........................................... ……………………………………………….
 *czytelny podpis studenta*

 ***Przyznane stypendium\*:****a) będę osobiście odbierał/a w kasie uczelni;
b) proszę mi przesyłać na wskazane niżej moje konto bankowe*:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

data ........................................... ...............................................
 *czytelny podpis studenta*
\**właściwe zaznaczyć*