



**AKADEMICKIE
CENTRUM
WSPARCIA**

Uniwersytet Łódzki

Łódź, dnia

.....
(imię i nazwisko Studenta)

Nr albumu:

Rok i kierunek studiów:.....

Tryb studiów: stacjonarne/niestacjonarne¹

Telefon (dobrowolnie):.....

E-mail uniwersytecki (obowiązkowo):.....

Sz. P. dr Anna Gutowska-Ciołek

Kierownik

Akademickiego Centrum Wsparcia UŁ

**WNIOSEK O PRYZNANIE WSPARCIA
ASYSTENTA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie wsparcia asystenta osoby z niepełnosprawnościami wynikających z moich trudności zdrowotnych w semestrze zimowym/letnim¹ roku akademickiego/..... .

Wskazanie trudności w procesie kształcenia w powiązaniu z rodzajem niepełnosprawności/deficytu:

.....
.....
.....

Oczekiwany zakres wsparcia asystenta osoby z niepełnosprawnościami:

.....
.....
.....

Z poważaniem

Podpis Studenta

¹ Zaznacz właściwe

tel.: +48 42 42 665 51 65

ul. Pomorska 152, 91-404 Łódź

e-mail: acw@uni.lodz.pl