

Białystok, dnia

.....
(imię i nazwisko)

Nr albumu

Kierunek studiów

Rok studiów

Forma studiów

Telefon

E-mail

Jego Magnificencja

Rektor WSE w Białymstoku

**WNIOSEK
O ADAPTACJĘ PROCESU STUDIOWANIA**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o dostosowanie procesu studiowania do potrzeb wynikających z moich trudności zdrowotnych w okresie

.....

(semestr, rok akademicki)

W mojej sytuacji zdrowotnej proszę o następujące usprawnienia procesu studiowania (wskazać potrzebne adaptacje):

1.

2.

Uzasadniając wniosek, wskazane adaptacje procesu studiowania umożliwią:

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

Z szacunkiem

.....

(podpis studenta)

Opinia Pełnomocnika Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnościami

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

.....

podpis Pełnomocnika

Decyzja Rektora WSE w Białymstoku

W sprawie wnioskowanej/ wnioskowanych przez Pana/ Panią

.....

(imię i nazwisko studenta; nr albumu)

adaptacji procesu studiowania

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

.....

(pieczęć i podpis Rektora)

Białystok, dnia

* zaznaczyć właściwą odpowiedź