



**AKADEMICKIE
CENTRUM
WSPARCIA**

Uniwersytet Łódzki

Łódź, dnia

.....
(Imię i nazwisko Doktoranta)

Nazwa Szkoły Doktorskiej.....

Dyscyplina:.....

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 Doktoranta