



Gdańsk, dnia

.....

imię i nazwisko

.....

kierunek/ścieżka kształcenia

studia licencjackie/magisterskie/
jednolite magisterskie/studia
podyplomowe•

stacjonarne/niestacjonarne*

forma studiów

.....

nr albumu oraz numer grupy

.....

adres e-mail

DO REKTORA

**PODANIE O PRYZNANIE WSPARCIA STUDENTOM Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI LUB ZE
SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o uzyskanie wsparcia na okres:

napotkany problem
.....
preferowana forma wsparcia
.....
uzasadnienie
.....

Z poważaniem

.....



KOMENTARZ PEŁNOMOCNIKA REKTORA DS. OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

	data	pieczęćka i podpis

DECYZJA REKTORA

<i>Wyrażam zgodę</i>		
	data	pieczęćka i podpis
<i>Nie wyrażam zgody</i>		
	data	pieczęćka i podpis

* niepotrzebne skreślić

Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Zdrowia z siedzibą w Gdańsku przy ul. Pelplińskiej 7 (80-335).

Dane osobowe będą przetwarzane w realizacji przedmiotu działalności edukacyjnej WSZ na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), b), c) i lit. f) RODO.