Warszawa, ………………………………

Nazwisko i imię ……………………………………………

Nr albumu ……………………………………………………

Rok akademicki i semestr ……………………………..

Tryb studiów: stacjonarny lub niestacjonarny (właściwe podkreśl)

Adres zameldowania ……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….

Telefon …………………………………………………………..

e-mail: …………………………………………………………….

**Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych**

**Warszawskiej Wyższej Szkoły Informatyki**

**WNIOSEK O DOSTOSOWANIE PROCESU DYDAKTYCZNEGO**

Zwracam się z prośbą o dostosowanie procesu kształcenia do potrzeb wynikających z  niepełnosprawności lub ze szczególnych potrzeb w okresie:

rok akademicki - …………..…/…….……..;

semestr - …………………….…………;

od …………….…………………. do ……………………………………. .

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu** | **Proponowana forma dostosowania procesu kształcenia** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Szczegółowe uzasadnienie:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................................................................................................................................................................

**Do wniosku załączam:**

* kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub dokument równoważny,
* plan zajęć,
* inne……………………………….

**\*** proszę zaznaczyć właściwe

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku przez

Warszawską Wyższą Szkołę Informatyki zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r. poz. 922) w celach związanych z udzieleniem mi wsparcia określonego w  niniejszym wniosku.

……………………..……………………………

Data i podpis osoby wnioskującej

**Decyzja:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………..…………

Data, podpis Rektora WWSI