Warszawa, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr albumu

Kierownik Biura ds. Osób z Niepełnosprawnościami Pedagogium WSNS

Wnioskuję o zapewnienie pomocy ASYSTENTA NOTUJĄCEGO na następujące zajęcia w roku akademickim \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SEMESTR ZIMOWY/LETNI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **nazwa zajęć i osoba prowadząca** | **dzień i miejsce zajęć**  **czas trwania zajęć** | **liczba godzin  w semestrze** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |

**SEMESTR ZIMOWY/LETNI – EGZAMINY**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **nazwa egzaminu** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| 8. |  |
| 9. |  |
| 10. |  |

Pedagogium WSNS dołoży wszelkich starań w celu zapewnienia pełnej pomocy asystenta notującego.

Informacja o zakresie udzielonej pomocy zostanie udzielona, pisemnie, przez BON w ciągu 14 dni od złożenia niniejszego wniosku.

Przyjmuję do wiadomości, że oferowana przez Pedagogium WSNS pomoc asystenta notującego jest zależna od sytuacji finansowej uczelni i może zostać zmniejszona w stosunku do zakresu, o który występuję w niniejszym wniosku.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis studenta