

Załącznik nr 6



Siedlce, dn.

Rok akademicki: 20...../.....

Nr wniosku: **DZ. 4563-****(1)....** /20.....

Wpłynęło dnia: ____ - ____ - 20.... r.
(dzień)-(m-c)

Ilość załączników:

Podpis osoby przyjmującej:

wypełnia pracownik Uczelni

Dziekan Wydziału:*

Nauk Stosowanych

Nauk o Zdrowiu

Collegium Mazovia

Innowacyjnej Szkoły Wyższej w Siedlcach

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

na rok akademicki 20...../..... na semestr

Proszę wpisać „TAK” przy posiadanym stopniu niepełnosprawności:

	LEKKI stopień niepełnosprawności
	UMIARKOWANY stopień niepełnosprawności
	ZNACZNY stopień niepełnosprawności

I. Dane studenta

Nazwisko: Imię:

Nr albumu: Nr PESEL: Obywatelstwo:

Adres zamieszkania: kod pocztowy: poczta:

miejsce: ulica: nr domu: nr lokalu:

adres e-mail: telefon:

kierunek studiów: specjalność:

rok studiów: semestr studiów: studia I stopnia/studia II stopnia*

II. Dane dotyczące konta bankowego

Imię i nazwisko właściciela konta:

Adres właściciela konta, na które będzie wpłacane stypendium:

Nazwa banku:

Nr rachunku bankowego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*- niepotrzebne skreślić

.....

czytelny podpis

III. Załączniki

L.p.	Rodzaj załącznika	Ilość (szt.)
1.	Dokument stwierdzający niepełnosprawność	
2.		
3.		

.....
data i czytelny podpis

IV. Uwagi pracownika Uczelni

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

sprawdził pod względem formalnym:

data i podpis

wypełnia pracownik Uczelni