



Katowice, dn.

Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnością
w miejscu

**WNIOSEK O PRYZNANIE USŁUGI ASYSTENTA / SPECJALISTY DLA
STUDENTA NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

Imię i nazwisko studenta:

Nr albumu:

Okres wnioskowania o usługę asystenta/specjalisty:

Rok akademicki:

Semestr: zimowy/ letni*

Termin: od do

Czas (liczba godzin lekcyjnych – 45 min.), w którym miałyby pracować asystent osoby niepełnosprawnej*(można załączyć plan zajęć i zaznaczyć, które zajęcia miałyby obejmować usługę, tzw. harmonogram pracy asystenta):

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

Zakres świadczonej usługi asystenta/specjalisty:

- sporządzanie notatek na zajęciach dydaktycznych / praktykach oraz towarzyszenie SN podczas zaliczeń i egzaminów w trakcie trwania sesji egzaminacyjnej
- pomoc w przemieszczaniu się między budynkami Uczelni
- wspieranie SN w załatwianiu formalności związanych z procesem kształcenia w Biurze Obsługi Studentów i innych komórkach organizacyjnych Uczelni w zakresie uzupełniającym do działań wykonywanych przez Biuro Obsługi Studentów oraz pozostałe jednostki organizacyjne Uczelni
- pomoc w korzystaniu z zasobów bibliotecznych i czytelni w GWSH w czynnościach wykraczających poza zakres obowiązków pracowników biblioteki i czytelni GWSH,
- przetwarzanie notatek z zajęć dydaktycznych / praktyk na wersję elektroniczną

- pomoc w korzystaniu z Wirtualnego Dziekanatu w tym platformy e-learningowej

.....
podpis studenta

Wypełnia koordynator Biura ds. Osób z Niepełnosprawnością

Wnioskodawca w semestrze roku akademickiego
w terminie od do realizować będzie zgodnie z
planem studiów zajęcia w wymiarze godzin (45 min.)

Liczba godzin zajęć, dla których student niepełnosprawny wnioskuję o usługę asystencką
wynosi w semestrze / roku akademickim

Osoba proponowana do wykonywania usług asystenta/specjalisty:

Imię i nazwisko:

Tel. kontaktowy:

Dokumenty potwierdzające kwalifikacje ASN/specjalisty:

Opinia koordynatora Biura ds. Osób z Niepełnosprawnością:

Wniosek należy uznać za zasadny/niezasadny gdyż:

.....

Wnioskodawcy należy przyznać wsparcie w zakresie

.....

.....

w liczbie godzin

na okres

Posiadane przez Uczelnię środki w ramach dotacji pozwalają / nie pozwalają* na
udzielenie wsparcia w postaci opłacenia usług asystenta we wskazanym powyżej zakresie
i okresie.

.....
data i podpis koordynatora BON

*właściwe zaznaczyć