Załącznik nr 2

do Zarządzenia Nr 109

Rektora Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie

 z dnia 8 listopada 2021 r.

**Wniosek należy złożyć do Pełnomocnika ds. osób z niepełnosprawnościami**

 Lublin, dnia .........

**Imię i nazwisko studenta/doktoranta**

……………………………………….....

Nr albumu:………………………………

Kierunek studiów/poziom/forma /Szkoła Doktorska2

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

Semestr/rok ...............................................................

Adres do korespondencji:

…………………………………………………

Adres e-mail/telefon

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

**WNIOSEK**

**o udzielenie wsparcia w procesie kształcenia**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o dostosowanie procesu kształcenia do potrzeb wynikających z moich trudności zdrowotnych w (*semestrze zimowym/semestrze letnim)1* roku akademickiego ................ na wybranych zajęciach dydaktycznych (*wskazać nazwy zajęć*)/na wszystkich zajęciach w danym semestrze roku akademickiego2.

**Podstawa prawna**: Zarządzenie nr 109 Rektora UP w Lublinie z dnia 08.11.2021 r. w sprawie wprowadzenia procedury dostosowania procesu kształcenia do potrzeb studentów i doktorantów z niepełnosprawnościami oraz znajdujących się w szczególnej sytuacji zdrowotnej w Uniwersytecie Przyrodniczym w Lublinie.

W przypadku mojej sytuacji zdrowotnej proszę o: *(proszę wymienić adaptacje ujęte w Katalogu):*

1. ………………………………………………………………………………................
2. …………………………………………………………………………………………
3. ………………………………………………………………………………………....
4. ........................................................................................................................................

Prośbę uzasadniam następująco:

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

Decyzję w sprawie wniosku odbiorę: (proszę podkreślić właściwe)

1. osobiście odbiorę w Biurze Pełnomocnika ds. osób z niepełnosprawnościami,
2. proszę przesłać pocztą na adres podany do korespondencji,
3. proszę przesłać na adres e-mail,
4. za pośrednictwem upoważnionego pełnomocnika.

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku **zobowiązuję się** do samodzielnego powiadomienia prowadzących zajęcia o przysługujących mi rozwiązaniach alternatywnych i przedłożę decyzję do wglądu.

…………………………………………………………………………….

*(Data, podpis osoby ubiegającej się o wsparcie)*

**Opinia Pełnomocnika ds. osób z niepełnosprawnościami:**

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

…………………………………………………………………………….

*(Data, pieczątka i podpis Pełnomocnika ds. osób z niepełnosprawnościami)*

**Decyzja Dziekana/Dyrektora Szkoły Doktorskiej:**

………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………….

 *(Data, pieczątka i podpis Dziekana/Dyrektora Szkoły Doktorskiej)*

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

1. wskazać właściwy semestr
2. niepotrzebne skreślić