*Załącznik nr 2 do Regulaminu wykorzystania dotacji podmiotowej przeznaczonej na*

*zadania związane z zapewnieniem osobom z niepełnosprawnościami warunków do*

*pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia, do szkół doktorskich, kształceniu*

*na studiach i w szkołach doktorskich lub prowadzeniu działalności naukowej*

*(zarządzenie nr 3/2021 Rektora PRz z dnia 12 stycznia 2021 r.)*

………………………………………….…… Rzeszów, dnia ……………………

*Imię i nazwisko wnioskodawcy*

……………………………………………

*Wydział / jednostka organizacyjna*

……………………………………………

*Kierunek studiów / stanowisko / dyscyplina nauki*

……………………………………………

*Nr telefonu / e-mail*

**WNIOSEK- POMOC BON (2022/2023)**

Proszę o przyznanie indywidualnego wsparcia z przeznaczeniem na realizację zadań
w zakresie\*(m.in. poprzez wypożyczenie sprzętu):

* 1. dostosowania procesu kształcenia lub prowadzenia działalności naukowej
	2. transportu, zakwaterowania oraz udziału w wydarzeniach,
	3. zapewnienia optymalnych rozwiązań technologii wspierających (assistive technologies).

Wnioskuję o wsparcie w formie:

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

UZASADNIENIE

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

……………………………………………

*Podpis studenta/doktoranta/pracownika*

Potwierdzenie posiadania statusu studenta/doktoranta/pracownika:

Posiada / nie posiada\*

Potwierdzenie posiadania orzeczenia o niepełnosprawności( w przypadku braku orzeczenia o niepełnosprawności stosowne zaświadczenia)

Posiada/nie posiada

……………………………………………

*Podpis pracownika BON*

Opinia:

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

Wniosek popieram/nie popieram\*

……………………………………………..

 *Data, podpis koordynatora/ pełnomocnika*

*ds. osób z niepełnosprawnościami\**

Decyzja:

......................................................................................................................................................... ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*data,podpis Kwestor PRz\**

 *data, podpis dyrektora ds. osobowych*

*i socjalnych*

\*- niepotrzebne skreślić