

Wołomin, dnia

REKTOR
WYŻSZEJ SZKOŁY WSPÓŁPRACY
MIĘDZYNARODOWEJ I REGIONALNEJ
IM. ZYGMUNTA GLOGERA W WOŁOMINIE

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM SPECJALNEGO DLA OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH
W SEMESTRZE ZIMOWYM/LETNIM* ROKU AKADEMICKIEGO 20...../20.....**

1. IMIONA I NAZWISKO WNIOSKODAWCY: _____
2. IMIĘ I NAZWISKO OJCA: _____ IMIĘ I NAZWISKO MATKI: _____
3. PESEL: _____ 3A. DATA I MIEJSCE URODZENIA: _____
4. STAN CYWILNY: _____ 4A. IMIĘ I NAZWISKO MAŁŻONKA*) _____
5. MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA: _____
6. STUDENT WSWMiR I / II / III*) ROKU, SEMESTR I / II / III / IV / V / VI*) STUDIÓW STACJONARNYCH I
NIESTACJONARNYCH*
7. NR ALBUMU: _____ 8. KIERUNEK STUDIÓW: _____
10. NUMER TELEFONU: _____
11. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO STUDENTA (NRB-26 CYFR): _____
- _____

czytelny podpis Wnioskodawcy

W załączeniu:

- 1
2
3

*) niepotrzebne skreślić