

Formularz 1 do Załącznika nr 1

**Wniosek w sprawie wypożyczenia sprzętu będącego na stanie ASP w Gdańsku**

Imię i nazwisko	
Numer albumu	
Adres e-mailowy	
Telefon kontaktowy	
Adres zamieszkania	
Wydział / kierunek studiów / stopień /rok / specjalność	Wydział Kierunek studia I/II stopnia/jednolite magisterskie Rok studiów Specjalność
Szkoła Doktorska Dziedzina / dyscyplina / rok kształcenia	
Wydział i kierunek studiów, stopień, rok, specjalność <i>(wypełnić w przypadku studiowania więcej niż jednego kierunku)</i>	
Forma studiów: stacjonarne / niestacjonarne	stacjonarne / niestacjonarne

Zwracam się z prośbą o wypożyczenie *(proszę wskazać rodzaj sprzętu)* :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie konieczności wypożyczenia sprzętu *(proszę szczegółowo opisać przeznaczenie sprzętu i sposób jego wykorzystania)*:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
.....  
Jednocześnie oświadczam, iż:

1. Zobowiązuję się do pokrycia ewentualnych strat związanych z uszkodzeniem lub utratą wypożyczonego sprzętu.
2. Zobowiązuję się do używania sprzętu zgodnie z jego przeznaczeniem, wyłącznie do użytku własnego.
3. Zapoznałem/-am się z Regulaminem i warunkami wypożyczenia sprzętu specjalistycznego dla osób z niepełnosprawnościami, stanowiącymi załącznik do Zarządzenia nr 71/2021 Rektora Akademii Sztuk Pięknych w Gdańsku z dnia 17 listopada 2021 r. w sprawie zasad dotyczących wykorzystania środków z dotacji przeznaczonej na zadania związane z zapewnieniem osobom z niepełnosprawnościami warunków do pełnego udziału w procesie rekrutacji na studia i kształcenia oraz prowadzenia działalności naukowej.
4. Zapoznałem/-am się warunkami użytkowania (instrukcją dla użytkowników sprzętu).

.....  
Data i podpis studenta/doktoranta

Czy potrzebuje Pan/Pani szkolenia przed wypożyczeniem sprzętu? TAK / NIE  
Jeśli TAK, to w jakim zakresie?

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

.....  
Data i podpis studenta/doktoranta

Potwierdzenie przedłożenia orzeczenia o niepełnosprawności do wglądu.

.....  
Data i podpis przyjmującego wniosek

**DECYZJA Pełnomocnika Rektora ds. osób z niepełnosprawnościami:**

- Zgoda do dnia .....20....r.  
 Brak zgody

.....  
Data i podpis Pełnomocnika Rektora ds. osób z niepełnosprawnościami