

## **Wniosek w sprawie wypożyczenia sprzętu będącego na stanie UJD**

do Regulaminu i warunków wypożyczenia sprzętu specjalistycznego dla studentów / doktorantów z niepełnosprawnościami, stanowiącego załącznik do Zarządzenia wewnętrznego Nr R021.1.20.2021 Rektora Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie z dnia 22 lutego 2021r.

Częstochowa, data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nazwisko i Imię

\_\_\_\_\_  
Nr albumu

\_\_\_\_\_  
Wydział, kierunek, stopień, rok, semestr, tryb studiów /

Szkoła Doktorska dziedzina / dyscyplina / rok

\_\_\_\_\_  
Adres

\_\_\_\_\_  
Nr telefonu

\_\_\_\_\_  
E-mail

Pełnomocnik Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnościami

### **Wniosek**

w sprawie wypożyczenia sprzętu będącego własnością Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie

Zwracam się z prośbą o wypożyczenie:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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 bądź 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 Wewnętrznego Rektora UJD Nr R021.1.20.2021 z dnia 22.02.2021r. w sprawie zasad dotyczących wykorzystania środków z dotacji podmiotowej przeznaczonej na zadania związane z zapewnieniem osobom/doktorantom z niepełnosprawnościami warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia i kształcenia oraz prowadzenia działalności naukowej na Uniwersytecie (UJD)
4. Zapoznałem/-am się warunkami użytkowania (instrukcją dla użytkowników sprzętu).

---

Wnioskujący student /doktorant

**Czy potrzebuje Pan/Pani szkolenia przed wypożyczeniem sprzętu? TAK / NIE**

Jeśli TAK, to w jakim zakresie?

---

---

**DECYZJA:**

- Zgoda do dnia \_\_\_\_\_
- Brak zgody

---

Data i podpis Pełnomocnika Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnościami