

## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Ja ..... zamieszkały/a w.....  
(imię i nazwisko) (kod, miejscowość, ulica)

PESEL ..... oświadczam, że **moja dysfunkcja słuchu wymaga wsparcia tłumacza języka migowego podczas odbywania nauki w/na:**

na kierunku: .....

rok nauki ..... semestr ..... rok szkolny/akademicki .....

.....  
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej)