



**AKADEMICKIE
CENTRUM
WSPARCIA**

Uniwersytet Łódzki

Łódź, dnia

.....
(Imię i nazwisko Doktoranta)

Nazwa Szkoły Doktorskiej.....

Dyscyplina:.....

Telefon (dobrowolnie):.....

E-mail uniwersytecki (obowiązkowo):.....

Sz. P. dr Anna Gutowska - Ciołek
Kierownik
Akademickiego Centrum Wsparcia UŁ

WNIOSEK
o tłumaczenie zajęć/egzaminów w języku migowym

Zwracam się z uprzejmą prośbą o tłumaczenie zajęć i egzaminów w języku migowym w semestrze zimowym/letnim* roku akademickiego 20..... / 20..... .

Uzasadnienie:

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

Z poważaniem,

.....
(Podpis Doktoranta)

Załączniki:

1. Harmonogram zajęć (obejmujący nazwę przedmiotu, prowadzących, rodzaj zajęć dydaktycznych, godziny zajęć).
2. Plan studiów (obejmujący liczbę godzin w semestrze, formę zaliczenia).
3. Terminy zjazdów (dotyczy studentów studiów niestacjonarnych).

*Właściwe zakreślić

tel.: +48 42 42 665 51 65
ul. Pomorska 152, 91-404 Łódź
e-mail: acw@uni.lodz.pl

 www.acw.uni.lodz.pl