



**WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z OPŁAT ZA USŁUGI EDUKACYJNE ŚWIADCZONE
PRZEZ UNIWERSYTET OPOLSKI**

WNIOSKODAWCA (wypełnia student lub cudzoziemiec)			
IMIĘ I NAZWISKO		KIERUNEK STUDIÓW	
NUMER INDEKSU		ROK STUDIÓW	
ADRES DLA DORĘCZEŃ		STOPIEŃ STUDIÓW*	<input type="checkbox"/> I STOPNIA <input type="checkbox"/> II STOPNIA <input type="checkbox"/> JEDNOLITE MAGISTERSKIE
NUMER TELEFONU		FORMA STUDIÓW*	<input type="checkbox"/> STACJONARNE <input type="checkbox"/> NIESTACJONARNE
WNOSZĘ O ZWOLNIENIE Z OPŁATY ZA USŁUGI EDUKACYJNE ŚWIADCZONE PRZEZ UNIWERSYT OPOLSKI ZWIĄZANEJ Z: (wypełnia student lub cudzoziemiec)			
RODZAJ OPŁATY*	<input type="checkbox"/> KSZTAŁCENIEM NA STUDIACH NIESTACJONARNYCH <input type="checkbox"/> POWTARZANIEM OKREŚLONYCH ZAJĘĆ NA STUDIACH STACJONARNYCH Z POWODU NIEZADOWALAJĄCYCH WYNIKÓW W NAUCE W RAMACH POWTARZANIA SEMESTRU LUB WPISU WARUNKOWEGO <input type="checkbox"/> KSZTAŁCENIEM NA STUDIACH W JĘZYKU OBCYM <input type="checkbox"/> PROWADZENIEM ZAJĘĆ NIEOBJĘTYCH PROGRAMEM STUDIÓW <input type="checkbox"/> KSZTAŁCENIEM CUDZOZIEMCÓW NA STUDIACH STACJONARNYCH W JĘZYKU POLSKIM		
RODZAJ ZWOLNIENIA*	<input type="checkbox"/> CAŁKOWITE <input type="checkbox"/> CZĘŚCIOWE		
ZA ROK AKADEMICKI*	_____ / _____		

UZASADNIENIE
(wypełnia student lub cudzoziemiec)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpis studenta lub cudzoziemca

Załączniki:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

OPINIA

(wypełnia pracownik dziekanatu*, pracownik Biura Dydaktyki i Spraw Studenckich** i dziekan***)

STATUS STUDENTA W DNIU ZŁOŻENIA WNIOSKU*		_____ (data i podpis)
WYSOKOŚĆ OPŁATY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK*		_____ (data i podpis)
ŚREDNIA OCEN UZYSKANA ZA ROK AKADEMICKI POPRZEDZAJĄCY ROK, W KTÓRYM STUDENT LUB CUDZOZIEMIEC UBIEGA SIĘ O ZWOLNIENIE*		_____ (data i podpis)
WYSOKOŚĆ DOCHODU NA 1 OSOBĘ W RODZINIE STUDENTA LUB CUDZOZIEMCA**	<input type="checkbox"/> STYPENDIUM SOCJALNE - _____ <input type="checkbox"/> STYPENDIUM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH - _____ <input type="checkbox"/> ZAPOMOGA – _____ <input type="checkbox"/> STYPENDIUM REKTORA - _____	_____ (data i podpis)
ŁĄCZNA WYSOKOŚĆ PRYZNANYCH ŚWIADCZEŃ POMOCY MATERIALNEJ**		_____ (data i podpis)
INNE***		_____ (data i podpis)

.....
Data i podpis dziekana

* wypełnia pracownik dziekanatu;

** wypełnia pracownik Biura Dydaktyki i Spraw Studenckich;

*** wypełnia dziekan.