



**AKADEMICKIE
CENTRUM
WSPARCIA**
Uniwersytet Łódzki

Dane osoby studiującej:

Imię i nazwisko:.....

Telefon (dobrowolnie):.....

E-mail uniwersytecki (obowiązkowo):

Wydział/Szkoła Doktorska:

Kierunek/Dyscyplina:

Semestr:

Nr albumu:

Kierownik

**Akademyckiego Centrum Wsparcia UŁ
dr Anna Gutowska-Ciołek**

WNIOSEK

o wsparcie realizowane przez ACW UŁ

Zwracam się z uprzejmą prośbą o możliwość skorzystania z następującego rodzaju wsparcia realizowanego przez ACW UŁ:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Uzasadnienie:

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

Z poważaniem

Data, podpis osoby studiującej

Data, podpis pracownika ACW UŁ