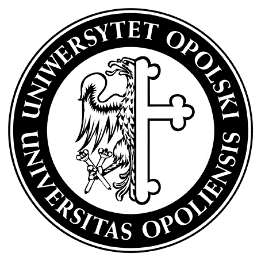
*Załącznik nr 1 do Regulaminu świadczenia usług przez Centrum Wsparcia Psychologiczno-Terapeutycznego Uniwersytetu Opolskiego*



**Centrum Wsparcia Psychologiczno-Terapeutycznego**

**Biuro Spraw Studenckich**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – STUDENT, DOKTORANT, UCZESTNIK INNEJ FORMY KSZTAŁCENIA**

**I. DANE OSOBOWE**

Imię: ……………………………………………………………………………………………………………….

Nazwisko: …………………………………………………………………………………………………………

Telefon: ……………………………………………………………………………………………………………

Adres e-mail (numeralbumu@student.uni.opole.pl): …………………………………………………...

**II. INFROMACJE DOTYCZĄCE STUDIÓW**

Poziom studiów: Forma studiów:

studia pierwszego stopnia (lic. inż.) stacjonarne (dzienne)

studia drugiego stopnia (uzup. mgr) niestacjonarne (zaoczne, wieczorowe)

studia trzeciego stopnia (doktoranckie) Inna forma kształcenia

studia jednolite magisterskie

Rok studiów: ……………………………………………………………………………………………………..

Kierunek/specjalność: …………………………………………………………………………………………

Wydział: ……………………………………………………………………………………...........................

Numer albumu: …………………………………………………………………………………………………

Wymagane miejsce dostosowane architektonicznie podczas konsultacji z terapeutą?:

Tak

Nie

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data i czytelnypodpis