# EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG ASYSTENCJI BIBLIOTECZNEJ

**Imię i nazwisko studenta/doktoranta:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Imię i nazwisko asystenta**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Miesiąc:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **RODZAJ CZYNNOŚCI** | **OSOBA POTWIERDZAJĄCA** | **CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI** | **PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ** | **PODPIS ASYSTENTA**  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**RAZEM GODZIN** (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **RODZAJ CZYNNOŚCI** | **OSOBA POTWIERDZAJĄCA** | **CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI** | **PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ** | **PODPIS ASYSTENTA**  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**RAZEM GODZIN** (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **RODZAJ CZYNNOŚCI** | **OSOBA POTWIERDZAJĄCA** | **CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI** | **PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ** | **PODPIS ASYSTENTA**  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**RAZEM GODZIN** (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **RODZAJ CZYNNOŚCI** | **OSOBA POTWIERDZAJĄCA** | **CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI** | **PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ** | **PODPIS ASYSTENTA**  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**RAZEM GODZIN** (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RAZEM GODZIN W MIESIĄCU** (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis asystenta Podpis kierownika Centrum Wsparcia