

## 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