

EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG W RAMACH ASYSTENCJI ZWIĄZANEJ Z PROWADZENIEM BADAŃ NAUKOWYCH

Imię i nazwisko studenta/doktoranta: _____

Imię i nazwisko asystenta: _____

Miesiąc: _____

Data: _____

LP.	RODZAJ CZYNNOŚCI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (np. promotor, opiekun naukowy etc. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe)	CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	RODZAJ CZYNNOŚCI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (np. promotor, opiekun naukowy etc. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe)	CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	RODZAJ CZYNNOŚCI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (np. promotor, opiekun naukowy etc. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe)	CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	RODZAJ CZYNNOŚCI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (np. promotor, opiekun naukowy etc. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe)	CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	RODZAJ CZYNNOŚCI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (np. promotor, opiekun naukowy etc. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe)	CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	RODZAJ CZYNNOŚCI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (np. promotor, opiekun naukowy etc. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe)	CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	RODZAJ CZYNNOŚCI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (np. promotor, opiekun naukowy etc. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe)	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