

EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG ASYSTENCJI PRZY PRZEMIESZCZANIU SIĘ DLA STUDENTA/DOKTORANTA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Imię i nazwisko studenta/doktoranta: _____

Imię i nazwisko asystenta: _____

Miesiąc: _____

Data: _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI (nazwa zajęć dydaktycznych, biblioteka, dziekanat, rektorat, dom studenta itp.)	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (wykładowca, pracownik dziekanatu, biblioteki, czytelnia itp.)	GODZINA PRZYJŚCIA	GODZINY WYJŚCIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI (nazwa zajęć dydaktycznych, biblioteka, dziekanat, rektorat, dom studenta itp.)	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (wykładowca, pracownik dziekanatu, biblioteki, czytelnia itp.)	GODZINA PRZYJŚCIA	GODZINY WYJŚCIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI (nazwa zajęć dydaktycznych, biblioteka, dziekanat, rektorat, dom studenta itp.)	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (wykładowca, pracownik dziekanatu, biblioteki, czytelnia itp.)	GODZINA PRZYJŚCIA	GODZINY WYJŚCIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI (nazwa zajęć dydaktycznych, biblioteka, dziekanat, rektorat, dom studenta itp.)	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (wykładowca, pracownik dziekanatu, biblioteki, czytelnia itp.)	GODZINA PRZYJŚCIA	GODZINY WYJŚCIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI (nazwa zajęć dydaktycznych, biblioteka, dziekanat, rektorat, dom studenta itp.)	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (wykładowca, pracownik dziekanatu, biblioteki, czytelnia itp.)	GODZINA PRZYJŚCIA	GODZINY WYJŚCIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI (nazwa zajęć dydaktycznych, biblioteka, dziekanat, rektorat, dom studenta itp.)	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (wykładowca, pracownik dziekanatu, biblioteki, czytelnia itp.)	GODZINA PRZYJŚCIA	GODZINY WYJŚCIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI (nazwa zajęć dydaktycznych, biblioteka, dziekanat, rektorat, dom studenta itp.)	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (wykładowca, pracownik dziekanatu, biblioteki, czytelnia itp.)	GODZINA PRZYJŚCIA	GODZINY WYJŚCIA	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