

**EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG ASYSTENCJI POLEGAJĄCEJ NA _____ DLA
STUDENTA/DOKTORANTA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Imię i nazwisko studenta/doktoranta: _____

Imię i nazwisko asystenta: _____

Miesiąc: _____

Data: _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA	GODZINA ROZPOCZĘCIA	GODZINY ZAKOŃCZENIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA	GODZINA ROZPOCZĘCIA	GODZINY ZAKOŃCZENIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA	GODZINA ROZPOCZĘCIA	GODZINY ZAKOŃCZENIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA	GODZINA ROZPOCZĘCIA	GODZINY ZAKOŃCZENIA	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