# EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG SPECJALISTYCZNYCH

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

**Imię i nazwisko specjalisty:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rodzaj świadczonych usług:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PRZEDMIOT/ Zakres** | **OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA** | **GODZINA ROZPOCZĘCIA** | **GODZINY ZAKOŃCZENIA** | **PODPIS PROWADZACEGO ZAJĘCIA** | **PODPIS SPECJALISTY** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PRZEDMIOT/ Zakres** | **OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA** | **GODZINA ROZPOCZĘCIA** | **GODZINY ZAKOŃCZENIA** | **PODPIS PROWADZACEGO ZAJĘCIA** | **PODPIS SPECJALISTY** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PRZEDMIOT/ Zakres** | **OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA** | **GODZINA ROZPOCZĘCIA** | **GODZINY ZAKOŃCZENIA** | **PODPIS PROWADZACEGO ZAJĘCIA** | **PODPIS SPECJALISTY** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PRZEDMIOT/ Zakres** | **OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA** | **GODZINA ROZPOCZĘCIA** | **GODZINY ZAKOŃCZENIA** | **PODPIS PROWADZACEGO ZAJĘCIA** | **PODPIS SPECJALISTY** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

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

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

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

Podpis asystenta Podpis kierownika Centrum Wsparcia