

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