

MIESIĘCZNA EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG PRZEZ ASYSTENTA STUDENTA NIEPEŁNOSPRAWNEGO

Imię i nazwisko studenta niepełnosprawnego

Imię i nazwisko asystenta

Miesiąc Rok kalendarzowy

Lp.	Rodzaj wykonywanej pracy przez asystenta	Data	Godziny rozpoczęcia i zakończenia wykonywania usługi asystenta studenta niepełnosprawnego		Czytelny podpis studenta niepełnosprawnego	Czytelny podpis osoby potwierdzającej*	Łączna liczba godzin**
			od godz.:	do godz.:			

.....
podpis asystenta

* osoba potwierdzająca to w zależności od wykonywanych czynności: wykładowca, pracownik sekretariatu/DN, biblioteki, czytelnicy itp.

** wypełnia pracownik Działu Nauczania