

Koszalin, dnia.....

EWIDENCJA GODZIN, USŁUG I ZADAŃ **realizowanych przez uczelnianego asystenta osoby z niepełnosprawnością**

Ewidencja za okres (miesiąc, rok)	
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	
Numer albumu osoby z niepełnosprawnością	
Wydział, kierunek, stopień studiów	
Imię i nazwisko uczelnianego asystenta	

Zakres obowiązków asystenta zgodnie z zawartą umową wg poniższego harmonogramu:

L.p.	Data	Godzina		Miejsce pracy	Zakres pomocy	Czas pracy	Podpis osoby potwierdzającej realizację pomocy	Podpis asystenta
		rozpoczęcia	zakończenia					
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								

14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								
25.								
26.								
27.								
28.								
29.								
30.								
31.								

Suma godzin

Koszalin, dnia

.....
(czytelny podpis osoby z niepełnosprawnością)

Zatwierdzam:

Koszalin, dnia

.....
(pieczętka i podpis
Pełnomocnika Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnością)