**HARMONOGRAM WYKONANYCH CZYNNOŚCI**

**Kierunek:**

**Imię i nazwisko studenta:**

**Nr albumu studenta:**

**Rodzaj udzielonego wsparcia:** asystent osoby niepełnosprawnej

**Imię i nazwisko** asystenta osoby niepełnosprawnej**:**

**Miesiąc/rok akademicki:**…………………………………/20……../20……

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Data** | **Rodzaj czynności** | **Miejsce wykonania czynności** | **Czas wykonania czynności** | **Podpis pracownika** | **Podpis studenta** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RAZEM GODZINY PRACY** | PODPIS STUDENTA | PODPIS  Asystenta |
|  |  |  |

………………………………………………………………

Data przyjęcia i podpis

Pełnomocnika Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych