

HARMONOGRAM WYKONANYCH CZYNNOŚCI

Kierunek:

Imię i nazwisko studenta/doktoranta:

Nr albumu studenta/doktoranta:

Rodzaj udzielonego wsparcia: asystent osoby niepełnosprawnej/tłumacz języka migowego/dodatkowy lektorat/zajęcia wyrównawcze z wychowania fizycznego

Imię i nazwisko asystenta osoby niepełnosprawnej/tłumacza języka migowego/osoby prowadzącej zajęcia:

Miesiąc/rok akademicki:...../20...../20.....

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

RAZEM GODZINY PRACY	PODPIS STUDENTA/DOKTORANTA	PODPIS Asystenta / tłumacza / pracownika Uniwersytetu

.....
Data przyjęcia i podpis
Pełnomocnika Rektora ds. Osób
ze Szczególnymi Potrzebami