

EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG

Pana/i.....
(imię i nazwisko asystenta)

w ramach asystencji przy sporządzaniu notatek
dla studenta/doktoranta
(imię i nazwisko studenta/doktoranta)

za miesiąc..... w roku akademickim 20...../20.....

| LP | Czas sporządzania notatek | Data | Podpis asystenta | Podpis studenta/doktoranta |
|----|---------------------------|------|------------------|----------------------------|
| 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 | | | | |
| 32 | | | | |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 33 | | | | |
| 34 | | | | |
| 35 | | | | |
| 36 | | | | |
| 37 | | | | |
| 38 | | | | |
| 39 | | | | |
| 40 | | | | |

.....

Podpis asystenta

.....

Podpis kierownika CWOzN

**EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG ASYSTENCJA
PRZY PRZEMIESZCZANIU SIĘ DLA STUDENTA/DOKTORANTA
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Imię i nazwisko studenta/doktoranta:.....

Imię i nazwisko asystenta:

Miesiąc:

Data.....

| LP. | PRZEDMIOT ASYSTENCJI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|----------------------|----------------------|-------------------|-----------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | PRZEDMIOT ASYSTENCJI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|----------------------|----------------------|-------------------|-----------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | PRZEDMIOT ASYSTENCJI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|----------------------|----------------------|-------------------|-----------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | PRZEDMIOT ASYSTENCJI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|----------------------|----------------------|-------------------|-----------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | PRZEDMIOT ASYSTENCJI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|----------------------|----------------------|-------------------|-----------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | PRZEDMIOT ASYSTENCJI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|----------------------|----------------------|-------------------|-----------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | PRZEDMIOT ASYSTENCJI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|----------------------|----------------------|-------------------|-----------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

*Osoba potwierdzająca to w zależności od wykonywanych czynności: wykładowca, pracownik dziekanatu, biblioteki, czytelnia itp.

RAZEM GODZIN W MIESIĄCU

(wypełnia pracownik SON)

.....

Podpis asystenta

.....

Podpis kierownika CWOzN

EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG ASYSTENCJI BIBLIOTECZNEJ

Imię i nazwisko studenta/doktoranta:

Imię i nazwisko asystenta:

Miesiąc:

Data.....

| LP. | RODZAJ CZYNNOŚCI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | RODZAJ CZYNNOŚCI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | RODZAJ CZYNNOŚCI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | RODZAJ CZYNNOŚCI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | RODZAJ CZYNNOŚCI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | RODZAJ CZYNNOŚCI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

RAZEM GODZIN W MIESIĄCU

(wypełnia pracownik SON)

.....

.....

Podpis asystenta

Podpis kierownika CWOzN

**EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG W RAMACH ASYSTENCJI
ZWIĄZANEJ Z PROWADZENIEM BADAŃ NAUKOWYCH**

Imię i nazwisko studenta/doktoranta:

Imię i nazwisko asystenta:

Miesiąc:

Data.....

| LP. | RODZAJ CZYNNOŚCI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA (imię i nazwisko, stanowisko służbowe) | CZAS WYKONYWANIA CZYNNOŚCI | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | RODZAJ CZYNNOŚCI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA (imię i nazwisko, stanowisko służbowe) | CZAS WYKONYWANIA CZYNNOŚCI | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | RODZAJ CZYNNOŚCI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA (imię i nazwisko, stanowisko służbowe) | CZAS WYKONYWANIA CZYNNOŚCI | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | RODZAJ CZYNNOŚCI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA (imię i nazwisko, stanowisko służbowe) | CZAS WYKONYWANIA CZYNNOŚCI | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | RODZAJ CZYNNOŚCI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA (imię i nazwisko, stanowisko służbowe) | CZAS WYKONYWANIA CZYNNOŚCI | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | RODZAJ CZYNNOŚCI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA (imię i nazwisko, stanowisko służbowe) | CZAS WYKONYWANIA CZYNNOŚCI | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

**Osoba potwierdzająca to w zależności od wykonywanych czynności: promotor, promotor pomocniczy, opiekun naukowy studenta z niepełnosprawnością, pracownik instytucji, w której przeprowadzane są badania naukowe lub inna osoba nadzorująca prowadzenie badań naukowych.*

RAZEM GODZIN W MIESIĄCU

(wypełnia pracownik SON)

.....
Podpis asystenta

.....
Podpis kierownika CWOzN

**EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG ASYSTENCJA LABORATORYJNA
DLA STUDENTA/DOKTORANTA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Imię i nazwisko studenta/doktoranta:.....

Imię i nazwisko asystenta:

Miesiąc:

Laboratorium z przedmiotu:.....

Data.....

| LP. | OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS PROWADZACEGO ZAJĘCIA | PODPIS STUDENTA/ DOKTORANTA | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|--------------------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS PROWADZACEGO ZAJĘCIA | PODPIS STUDENTA/ DOKTORANTA | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|--------------------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS PROWADZACEGO ZAJĘCIA | PODPIS STUDENTA/ DOKTORANTA | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|--------------------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS PROWADZACEGO ZAJĘCIA | PODPIS STUDENTA/ DOKTORANTA | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|--------------------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS PROWADZACEGO ZAJĘCIA | PODPIS STUDENTA/ DOKTORANTA | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|--------------------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS PROWADZACEGO ZAJĘCIA | PODPIS STUDENTA/ DOKTORANTA | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|--------------------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

RAZEM GODZIN W MIESIĄCU

(wypełnia pracownik SON)

.....
Podpis asystenta

.....
Podpis kierownika CWOzN

**EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG ASYSTENCJA POLEGAJĄCA NA
 DLA STUDENTA/DOKTORANTA
 Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Imię i nazwisko studenta/doktoranta:.....
 Imię i nazwisko asystenta:
 Miesiąc:
 Data.....

| LP. | PRZEDMIOT ASYSTENCJI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|----------------------|----------------------|-------------------|-----------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | PRZEDMIOT ASYSTENCJI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|----------------------|----------------------|-------------------|-----------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | PRZEDMIOT ASYSTENCJI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|----------------------|----------------------|-------------------|-----------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | PRZEDMIOT ASYSTENCJI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|----------------------|----------------------|-------------------|-----------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | PRZEDMIOT ASYSTENCJI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|----------------------|----------------------|-------------------|-----------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | PRZEDMIOT ASYSTENCJI | OSOBA POTWIERDZAJĄCA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ | PODPIS ASYSTENTA |
|-----|----------------------|----------------------|-------------------|-----------------|------------------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

*Osoba potwierdzająca to w zależności od wykonywanych czynności.....

RAZEM GODZIN W MIESIĄCU

(wypełnia pracownik SON)

.....
Podpis asystenta

.....
Podpis kierownika CWOzN

EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG SPECJALISTYCZNYCH

Imię i nazwisko studenta/doktoranta:.....

Imię i nazwisko specjalisty:

Miesiąc:

Data.....

| LP. | PRZEDMIOT | OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS PROWADZĄCEGO ZAJĘCIA | PODPIS SPECJALISTY |
|-----|-----------|--------------------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|--------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | PRZEDMIOT | OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS PROWADZĄCEGO ZAJĘCIA | PODPIS SPECJALISTY |
|-----|-----------|--------------------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|--------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | PRZEDMIOT | OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS PROWADZĄCEGO ZAJĘCIA | PODPIS SPECJALISTY |
|-----|-----------|--------------------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|--------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | PRZEDMIOT | OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS PROWADZĄCEGO ZAJĘCIA | PODPIS SPECJALISTY |
|-----|-----------|--------------------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|--------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | PRZEDMIOT | OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS PROWADZĄCEGO ZAJĘCIA | PODPIS SPECJALISTY |
|-----|-----------|--------------------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|--------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

DATA.....

| LP. | PRZEDMIOT | OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA | GODZINY PRZYJŚCIA | GODZINY WYJŚCIA | PODPIS PROWADZĄCEGO ZAJĘCIA | PODPIS SPECJALISTY |
|-----|-----------|--------------------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|--------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RAZEM GODZIN

(wypełnia pracownik SON)

RAZEM GODZIN W MIESIĄCU

(wypełnia pracownik SON)

.....
Podpis specjalisty

.....
Podpis kierownika CWOzN