

Załącznik nr 4 do Regulaminu przyznawania usług asystencji oraz usług specjalistycznych osobom ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami w Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach

EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG PRZY SPORZĄDZANIU NOTATEK

Pana/Pani (imię i nazwisko asystenta) _____

w ramach asystencji przy sporządzaniu notatek dla (imię i nazwisko wnioskodawcy)

za miesiąc w roku akademickim

[illegible]

Podpis asystenta

Podpis kierownika Centrum Wsparcia

EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG ASYSTENCJI PRZY PRZEMIESZCZANIU SIĘ

Imię i nazwisko wnioskodawcy: _____

Imię i nazwisko asystenta: _____

Miesiąc: _____

Data: _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI (nazwa zajęć dydaktycznych, biblioteka, dziekanat, rektorat, dom studenta itp.)	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (wykładowca, pracownik dziekanatu, biblioteki, czytelnia itp.)	GODZINA PRZYJŚCIA	GODZINY WYJŚCIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI (nazwa zajęć dydaktycznych, biblioteka, dziekanat, rektorat, dom studenta itp.)	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (wykładowca, pracownik dziekanatu, biblioteki, czytelnia itp.)	GODZINA PRZYJŚCIA	GODZINY WYJŚCIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI (nazwa zajęć dydaktycznych, biblioteka, dziekanat, rektorat, dom studenta itp.)	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (wykładowca, pracownik dziekanatu, biblioteki, czytelnia itp.)	GODZINA PRZYJŚCIA	GODZINY WYJŚCIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI (nazwa zajęć dydaktycznych, biblioteka, dziekanat, rektorat, dom studenta itp.)	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (wykładowca, pracownik dziekanatu, biblioteki, czytelnia itp.)	GODZINA PRZYJŚCIA	GODZINY WYJŚCIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI (nazwa zajęć dydaktycznych, biblioteka, dziekanat, rektorat, dom studenta itp.)	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (wykładowca, pracownik dziekanatu, biblioteki, czytelnia itp.)	GODZINA PRZYJŚCIA	GODZINY WYJŚCIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI (nazwa zajęć dydaktycznych, biblioteka, dziekanat, rektorat, dom studenta itp.)	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (wykładowca, pracownik dziekanatu, biblioteki, czytelnia itp.)	GODZINA PRZYJŚCIA	GODZINY WYJŚCIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI (nazwa zajęć dydaktycznych, biblioteka, dziekanat, rektorat, dom studenta itp.)	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (wykładowca, pracownik dziekanatu, biblioteki, czytelnia itp.)	GODZINA PRZYJŚCIA	GODZINY WYJŚCIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

RAZEM GODZIN W MIESIĄCU (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

Podpis asystenta

Podpis kierownika Centrum Wsparcia

EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG ASYSTENCJI BIBLIOTECZNEJ

Imię i nazwisko wnioskodawcy _____

Imię i nazwisko asystenta: _____

Miesiąc: _____

Data: _____

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

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

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

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

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

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

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

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

RAZEM GODZIN W MIESIĄCU (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

Podpis asystenta

Podpis kierownika Centrum Wsparcia

EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG W RAMACH ASYSTENCJI ZWIĄZANEJ Z PROWADZENIEM BADAŃ NAUKOWYCH

Imię i nazwisko wnioskodawcy: _____

Imię i nazwisko asystenta: _____

Miesiąc: _____

Data: _____

LP.	RODZAJ CZYNNOŚCI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (np. promotor, opiekun naukowy etc. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe)	CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	RODZAJ CZYNNOŚCI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (np. promotor, opiekun naukowy etc. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe)	CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	RODZAJ CZYNNOŚCI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (np. promotor, opiekun naukowy etc. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe)	CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	RODZAJ CZYNNOŚCI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (np. promotor, opiekun naukowy etc. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe)	CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	RODZAJ CZYNNOŚCI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (np. promotor, opiekun naukowy etc. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe)	CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	RODZAJ CZYNNOŚCI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (np. promotor, opiekun naukowy etc. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe)	CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	RODZAJ CZYNNOŚCI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA (np. promotor, opiekun naukowy etc. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe)	CZAS WYKONANIA CZYNNOŚCI	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

RAZEM GODZIN W MIESIĄCU (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

Podpis asystenta

Podpis kierownika Centrum Wsparcia

EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG ASYSTENCJI POLEGAJĄCEJ NA _____

Imię i nazwisko wnioskodawcy: _____

Imię i nazwisko asystenta: _____

Miesiąc: _____

Data: _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA	GODZINA ROZPOCZĘCIA	GODZINY ZAKOŃCZENIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA	GODZINA ROZPOCZĘCIA	GODZINY ZAKOŃCZENIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA	GODZINA ROZPOCZĘCIA	GODZINY ZAKOŃCZENIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT ASYSTENCJI	OSOBA POTWIERDZAJĄCA	GODZINA ROZPOCZĘCIA	GODZINY ZAKOŃCZENIA	PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ	PODPIS ASYSTENTA

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

RAZEM GODZIN W MIESIĄCU (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

Podpis asystenta

Podpis kierownika Centrum Wsparcia

EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG SPECJALISTYCZNYCH

Imię i nazwisko wnioskodawcy: _____

Imię i nazwisko specjalisty: _____

Rodzaj świadczonych usług: _____

Miesiąc: _____

Data: _____

LP.	PRZEDMIOT/ ZAKRES	OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA	GODZINA ROZPOCZĘCIA	GODZINY ZAKOŃCZENIA	PODPIS PROWADZACEGO ZAJĘCIA	PODPIS SPECJALISTY

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT/ ZAKRES	OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA	GODZINA ROZPOCZĘCIA	GODZINY ZAKOŃCZENIA	PODPIS PROWADZACEGO ZAJĘCIA	PODPIS SPECJALISTY

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT/ ZAKRES	OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA	GODZINA ROZPOCZĘCIA	GODZINY ZAKOŃCZENIA	PODPIS PROWADZACEGO ZAJĘCIA	PODPIS SPECJALISTY

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

LP.	PRZEDMIOT/ ZAKRES	OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA	GODZINA ROZPOCZĘCIA	GODZINY ZAKOŃCZENIA	PODPIS PROWADZACEGO ZAJĘCIA	PODPIS SPECJALISTY

RAZEM GODZIN (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

DATA _____

RAZEM GODZIN W MIESIĄCU (wypełnia pracownik Centrum Wsparcia) _____

Podpis asystenta

Podpis kierownika Centrum Wsparcia