

EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG

Pana/Pani (imię i nazwisko asystenta) _____

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

za miesiąc _____ **w roku akademickim** _____

LP.	Czas sporządzania notatek	Data	Podpis asystenta	Podpis studenta/doktoranta

Podpis asystenta

Podpis kierownika Centrum Wsparcia

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

Imię i nazwisko studenta/doktoranta: _____

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 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 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 studenta/doktoranta: _____

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 _____ DLA
STUDENTA/DOKTORANTA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Imię i nazwisko studenta/doktoranta: _____

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 studenta/doktoranta: _____

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