

Ewidencja świadczonych usług

Pani/ Pana
(Imię i nazwisko asystenta)

w ramach asystencji dla studenta

(Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

Za miesiąc, w roku akademickim

LP.	Data	Podpis asystenta	Potwierdzenia studenta niepełnosprawnego	Uwagi
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.				

.....
Podpis pracownika BON

.....
Podpis asystenta

.....
Podpis osoby niepełnosprawnej