

**HARMONOGRAM WYKONANYCH CZYNNOŚCI**

**Wydział/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/dodatkowe zajęcia sportowe

**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.						
14.						
15.						

<b>RAZEM GODZINY PRACY</b>	<b>PODPIS STUDENTA/DOKTORANTA</b>	<b>PODPIS .....</b>

.....  
Data przyjęcia i podpis  
Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych