**MIESIĘCZNA EWIDENCJA ŚWIADCZONYCH USŁUG ASYSTENCJI UNIWERSYTETU ANDRZEJA FRYCZA MODRZEWSKIEGO w KRAKOWIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko studenta:** |  |
| **Imię i nazwisko asystenta:** |  |
| **Miesiąc:** |  |
| **Rok akademicki:** |  |

1. **Tydzień trwający od dnia……………………..do dnia……………………….**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **data** | **Przedmiot asystencji** | **Godziny wykonywania usługi asystencji\*\*** | | **Imię i nazwisko os. potwierdzającej\*** | **Podpis os. potwierdzającej** | **Podpis studenta z niepełnosprawnością** |
| **Rozp.** | **Zak.** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**……………………………………………………………………**

***Podpis asystenta***

***RAZEM GODZIN W TYGODNIU tygodniowy limit ………………… godziny przepracowane ponad limit ……………***

**(wypełnia pracownik BON)**

1. **Tydzień trwający od dnia……………………..do dnia……………………….**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **data.** | **Przedmiot asystencji** | **Godziny wykonywania usługi asystencji\*\*** | | **Imię i nazwisko os. potwierdzającej\*** | **Podpis os. potwierdzającej** | **Podpis studenta z niepełnosprawnością** |
| **Rozp.** | **Zak.** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**……………………………………………………………………**

***Podpis asystenta***

***RAZEM GODZIN W TYGODNIU tygodniowy limit ………………… godziny przepracowane ponad limit ……………***

**(wypełnia pracownik BON)**

1. **Tydzień trwający od dnia……………………..do dnia……………………….**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **data** | **Przedmiot asystencji** | **Godziny wykonywania usługi asystencji\*\*** | | **Imię i nazwisko os. potwierdzającej\*** | **Podpis os. potwierdzającej** | **Podpis studenta z niepełnosprawnością** |
| **Rozp.** | **Zak.** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**……………………………………………………………………**

***Podpis asystenta***

***RAZEM GODZIN W TYGODNIU tygodniowy limit ………………… godziny przepracowane ponad limit ……………***

**(wypełnia pracownik BON)**

1. **Tydzień trwający od dnia……………………..do dnia……………………….**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **data** | **Przedmiot asystencji** | **Godziny wykonywanie usługi asystencji\*\*** | | **Imię i nazwisko os. potwierdzającej\*** | **Podpis os. potwierdzającej** | **Podpis studenta z niepełnosprawnością** |
| **Rozp.** | **Zak.** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**……………………………………………………………………**

***Podpis asystenta***

***RAZEM GODZIN W TYGODNIU tygodniowy limit ………………… godziny przepracowane ponad limit ……………***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *Miejscowość i data* | *Podpis asystenta* |

(wypełnia pracownik BON)