Załącznik nr 3
do Regulaminu wspierania studentów z niepełnosprawnościami lub innymi szczególnymi potrzebami przez asystentów

ASYSTENT STUDENTA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

RAPORT Z WYKONANIA USŁUG

Imię i nazwisko asystenta: ……

Imię i nazwisko studenta korzystającego ze wsparcia asystenckiego:

……..

Miesiąc ……, rok……

Dzień	Wykonywane zadania	Liczba godzin
RAZEM		

Podpis asystenta

Podpis studenta

Podpis Pełnomocnika Rektora
ds. Osób z niepełnosprawnościami