

 **K a r t a**

**ewidencji godzin pracy i wykonanych zadań przez asystenta dydaktycznego studenta ze szczególnymi potrzebami**

Imię i nazwisko asystenta: ……………………………………………………………………...................................

Student Wydziału: ………………………………………………………………………………………………………………….

Kierunek studiów ……………………………………………………………………………………………………………………

Forma kształcenia (I. stopień; II. Stopień, Podyplomowe)……………………………………………………….

Forma studiów (stacjonarne, niestacjonarne)………………………………………………………………………….

Nr Albumu ……………………………………………………………………………………...

Rok studiów …………………………………………………………………………………….

Adres korespondencyjny wraz z kodem pocztowym: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu kontaktowego: ……………………………………………………………..

Adres e-mail: ……………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko studenta, na rzecz którego sprawowana była funkcja asystenta …………………………………………………………………………………………………................................................

Nr Albumu……………………………………………………………………………………

Rodzaj niepełnosprawności………………………………………………………….

**Zakres wsparcia (zgodnie z decyzją Pełnomocnika Rektora ds. studentów niepełnosprawnych) – należy skreślić niepotrzebne:**

1. Pomoc w transporcie wewnętrznym (na Uczelni)
2. Pomoc w sporządzaniu notatek
3. Pomoc w korzystaniu z biblioteki (np. dostarczaniu książek)
4. Pomoc w załatwianiu spraw studenckich
5. Inna pomoc (po wcześniejszym uzgodnieniu) ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Karta pracy asystenta za miesiąc…………………Rok akademicki………………………**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data** | **Miejsce wykonania zadań/zadania** | **Rodzaj i zakres wykonanej pracy** | **Czas pracy w godzinach****/minutach** | **Podpis pracownika lub studenta, przy którym sprawowana była asystencja**  |
| **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.** |  |  |  |  |  |

**Razem godziny pracy**:………………………………………………………………………….

**Podpis asystenta**………………………………………………………………………………..

**Podpis studenta z niepełnosprawnością**………………………………………………………