

## Ewidencja godzin, usług i zadań realizowanych przez uczelnianego asystenta osoby z niepełnosprawnością

Ewidencja za okres (miesiąc, rok akademicki)	
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	
Numer albumu studenta/doktoranta z niepełnosprawnością	
Wydział, kierunek, stopień studiów	
Imię i nazwisko uczelnianego asystenta	

### Zakres obowiązków asystenta zgodnie z zawartą umową wg poniższego harmonogramu:

Lp.	Data	Godzina		Miejsce pracy	Zakres pomocy	Czas pracy	Podpis osoby potwierdzającej realizację pomocy	Podpis asystenta
		rozpoczęcia	zakończenia					
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								

**Załącznik Nr 4 do Regulaminu przyznawania pomocy z funduszu wsparcia osób niepełnosprawnych w Politechnice Koszalińskiej  
(wprowadzonego Zarządzeniem Nr 61/2021 Rektora PK z dnia 23 września 2021 r.)**

18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								
25.								
26.								
27.								
28.								
29.								
30.								
31.								

**Razem godzin .....**

.....  
*data*

.....  
*podpis osoby z niepełnosprawnością*

**ZATWIERDZAM**

.....  
*data, podpis Pełnomocnika Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych*