

## OŚWIADCZENIE

### uczelnianego asystenta osoby z niepełnosprawnością

W związku z wykonywanymi usługami uczelnianego asystenta osoby z niepełnosprawnością:

.....  
*imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością*

oświadczam, że

- 1) stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie powierzonych zadań asystenta, zgodnie z umową zlecenia zawartą w dniu .....
- 2) dochowam tajemnicy w związku z wykonywanymi zadaniami względem wskazanej osoby z niepełnosprawnością;
- 3) zapoznałem/am się z przepisami Regulaminu przyznawania pomocy z funduszu wsparcia osób niepełnosprawnych na zadania związane z zapewnieniem osobom niepełnosprawnym warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia i do Szkoły Doktorskiej, kształcenia na studiach i w Szkole Doktorskiej oraz prowadzenia działalności naukowej w Politechnice Koszalińskiej.

Koszalin, dnia .....

.....  
*podpis uczelnianego asystenta osoby z niepełnosprawnością*