*Załącznik nr 4 do Regulaminu przyznawania usługi asystenta osoby z niepełnosprawnościami dla studentów Uniwersytetu Opolskiego z niepełnosprawnością*



# EWIDENCJA GODZIN USŁUG I ZADAŃ REALIZOWANYCH PRZEZ ASYSTENTA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

|  |  |
| --- | --- |
| **Za miesiąc** |  |
| **Imię i nazwisko studenta** |  |
| **Imię i nazwisko asystenta** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data****(dzień miesiąca)** | **Godzina rozpoczęcia** | **Godzina zakończenia** | **Dziennik zajęć (charakterystyka zrealizowanych czynności)** | **Liczba godzin** | **Podpis asystenta** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM GODZIN:**  | *data i podpis studenta z niepełnosprawnością* |
|  |  |
|  | Sprawdzono pod względem merytorycznym  |
| *data i podpis*Dyrektor BDiSS UO | *data i podpis*prorektora ds. kształcenia i studentów |