**Ewidencja świadczonych usług asystenckich**

**Pani/ Pana ………………………………………….** *(Imię i nazwisko asystenta)*

 **w ramach asystencji dla studenta …………………………………………..**

 *(Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)*

 **Za miesiąc ……………………………….. w roku akademickim …………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | Data | Podpis asystenta | Potwierdzenia studenta z niepełnosprawnością | Uwagi |
| 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. |  |  |  |  |

*……………………………………………………… ……………………………………*

*Podpis asystenta Miejsce, data*

*…………………………………………………….. …………………………………*

*Podpis osoby z niepełnosprawnością Miejsce, data*

………………………………………………. …………………………………
*Podpis pracownika BON* *Miejsce, data*