

### KARTA CZASU PRACY

Wydział/kierunek: .....

Imię i nazwisko studenta: .....

Nr albumu studenta: .....

Rodzaj udzielonego wsparcia:

asystent osoby niepełnosprawnej / tłumacz języka migowego / dodatkowe zajęcia

Imię i nazwisko asystenta osoby niepełnosprawnej/tłumacza języka migowego/osoby prowadzącej zajęcia:

.....

Miesiąc/rok akademicki:.....20...../20.....

Lp	Data	Rodzaj czynności	Miejsce wykonania czynności	Czas wykonania czynności	Podpis pracownika	Podpis studenta
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

RAZEM GODZINY PRACY	PODPIS STUDENTA	PODPIS .....
		.....

.....  
Data przyjęcia, podpis Pracownika ds. osób z niepełnosprawnością