

KARTA CZASU PRACY
ASYSTENTA STUDENTA NIEPEŁNOSPRAWNEGO
za miesiąc 202... r.

Imię i nazwisko asystenta

Imię i nazwisko osoby uprawnionej:

| Dzień miesiąca | Godzina rozpoczęcia pracy | Godzina zakończenia pracy | Ilość godzin | Rodzaj wykonywanych czynności |
|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------|--------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Łączna ilość godzin | | | | |

.....
Czytelny podpis Asystenta

Potwierdzam wykonanie czynności zgodnie z powyższym zestawieniem

.....
Czytelny podpis Studenta