*Załącznik nr 2 do Regulaminu przyznawania usługi asystenta osoby niepełnosprawnej*



 *dla studentów Uniwersytetu Opolskiego z niepełnosprawnością*

#  EWIDENCJA GODZIN USŁUG I ZADAŃ REALIZOWANYCH PRZEZ

 **ASYSTENTA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Za miesiąc** | Listopad 2018r. |
| **Imię i nazwisko studenta** | Jan Kowalski |
| **Imię i nazwisko asystenta** | Anna Nowak |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data****(dzień miesiąca)** | **Godzina rozpoczęcia** | **Godzina zakończenia** | **Dziennik zajęć (charakterystyka zrealizowanych czynności)** | **Liczba godzin** | **Podpis asystenta** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 8:0010:00 | 9:0011:00 | Pomoc przy dotarciu na zajęciaAsysta przy wizycie w Dziekanacie | 2 | *Podpis* |
|  | 8:0012:00 | 9:0013:00 | Pomoc przy dotarciu na zajęciaAsysta przy wizycie w Bibliotece | 2 | *Podpis* |
|  | 14:00 | 16:00 | Pomoc w dojeździe na zajęcia rehabilitacyjne | 2 | *Podpis* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 8:00 | 9:00 | Pomoc w dotarciu na zajęcia | 1 | *Podpis* |
|  | 8:00 | 10:00 | Kompletowanie i przygotowywanie notatek | 2 | *Podpis* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM GODZIN:** 9 | *data i podpis studenta UO z niepełnosprawnością* |
|  |  |
|  | ZATWIERDZAM |
| *data i podpis*Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych | *data i podpis*Prorektora ds. Kształcenia i Studentów |