Załącznik nr 5 do Regulaminu Finansowania wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami oraz innymi szczególnymi potrzebami ze środków Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych na Uniwersytecie Zielonogórskim

**KARTA CZASU PRACY ASYSTENTA DYDAKTYCZNEGO/NAUKOWEGO\***

studenta/doktoranta\* z niepełnosprawnościami

Za okres od: …….…….… do: …….………. ……..

Imię i nazwisko:………..……………….……………………

Godziny wykonywane:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzień miesiąca | Godzina  rozpoczęcia pracy | Godzina  zakończenia pracy | Liczba  godzin | Podpis asystenta |
| 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 |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |

……………………………….

Podpis asystenta

………………………………………………………

Podpis Pełnomocnika ds. Osób z Niepełnosprawnościami

\*niepotrzebne skreślić