

Załącznik nr 4 do Regulamin przyznawania wsparcia przez Asystenta edukacyjnego w Akademii Nauk Stosowanych im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie Uczelnia Państwowa

.....
Imię i nazwisko studenta

.....
Nr albumu/Wydział/Kierunek/Rok studiów/Rodzaj studiów

.....
Imię i nazwisko Asystenta edukacyjnego/Nr telefonu kontaktowego

**HARMONOGRAM WSPARCIA UDZIELONEGO PRZEZ
ASYSTENTA EDUKACYJNEGO
w semestrze letnim/zimowym w roku akademickim 20...../20.....
w miesiącu**

Lp.	Data świadczenia wsparcia (DD/MM/RRRR)	Godziny świadczenia wsparcia (od-do)	Rodzaj wsparcia	Miejsce świadczenia wsparcia	Podpis studenta potwierdzający udzielenie wsparcia
1					
2					
3					
4					

5					
6					
7					
8					
9					
10					

Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności karnej, że wszystkie dane zawarte w niniejszym harmonogramie są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
data, czytelny podpis Asystenta edukacyjnego

.....
data, czytelny podpis studenta

Potwierdzam/nie potwierdzam wykonanie ww. wsparcia przez Asystenta

.....
 data i podpis Pełnomocnika Rektora ds. osób z niepełnosprawnościami ANS Gniezno