

Załącznik nr 3 do Regulaminu podejmowania i finansowania z Funduszu Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami działań mających na celu stworzenie warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na uczelnię w celu odbywania kształcenia, w kształceniu oraz prowadzeniu działalności naukowej w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach

.....
Imię i nazwisko studenta/doktoranta lub pracownika

.....
Numer albumu (w przypadku studenta/doktoranta)/ Numer ewidencyjny pracownika

.....
Imię i nazwisko Asystenta/ Numer telefonu

HARMONOGRAM WSPARCIA ASYSTENTA

w okresie

za miesiąc/ce

L.P.	Data pełnienia asysty (DD/MM/RRRR)	Godziny pełnienia asysty (od-do)	Rodzaj asysty	Miejsce wykonania asysty	Podpis studenta/doktoranta lub pracownika
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

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

.....
Data, czytelny podpis Asystenta

.....
Data, czytelny podpis studenta/doktoranta lub pracownika

.....
Data przyjęcia harmonogramu i podpis Pełnomocnika Rektora ds. Dostępności