|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko studenta |  |
| Imię i Nazwisko asystenta |  |

 ***Załącznik nr 2* do Regulaminu korzystania ze wsparcia asystenta lub tłumacza języka migowego dla studenta/doktoranta**

 **Plan zajęć/dnia, które z zajęć/czynności dnia będą obejmować wsparcie asystenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DZIEŃ TYGODNIA** | **ILOŚĆ POŚWIĘCONEGO CZASU** | **RODZAJ PRACY** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Razem |  | Podpis pracownika Stanowiska ds. osób niepełnosprawnych |  |