**O ś w i a d c z e n i e**

asystenta dydaktycznego studenta ze szczególnymi potrzebami

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………...

Student Wydziału: ………………………………………………………………………………

Kierunek studiów ……………………………………………………………………………….

Forma kształcenia (I. stopień; II. stopień)………………………………………………………

Forma studiów (stacjonarne, niestacjonarne)……………………………………………………

Nr Albumu ……………………………………………………………………………………...

Rok studiów …………………………………………………………………………………….

Adres korespondencyjny wraz z kodem pocztowym: ………………………………………………………………………………………………….

Nr telefonu kontaktowego: …………………………………………………………………….

Adres e-mail: …………………………………………………………………………………..

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że podejmuję się świadczenia usługi Asystenta Dydaktycznego Studenta ze szczególnymi potrzebami, dla studenta/studentki:

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………..

Nazwa Wydziału: ………………………………………………………………………………

Kierunek studiów: ………………………………………………………………………………

Forma kształcenia (I. stopień; II. stopień)………………………………………………………

Forma studiów (stacjonarne, niestacjonarne)……………………………………………………

Rok studiów: ……………………………………………………………………………………

## Oświadczam, że stan mojego zdrowia pozwala na wykonywanie powierzonych mi zadań w ramach asystencji dydaktycznej studenta ze szczególnymi potrzebami oraz że dochowam tajemnicy w związku z wykonywanymi zadaniami względem ww. studenta. Oświadczam, że zapoznałem się z przyjętymi w AFiB Vistula zasadami ujętymi w Regulaminie stwarzania warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia osobom ze szczególnymi potrzebami w Akademii Finansów i Biznesu Vistula

Warszawa, dnia……………………….. Podpis…………………………………………….