Warszawa, dnia…………………

 Imię i Nazwisko…………………………………..

 Adres mailowy……………………………………

**Po t w i e r d z e n i e**

**przez** **Kierownika DON/Pełnomocnika Rektora ds. studentów niepełnosprawnych**

Niniejszym potwierdzam realizację zadań wynikających z funkcji asystenta dydaktycznego studenta ze szczególnymi potrzebami (Imię i Nazwisko studenta korzystającego ze wsparcia asystenta dydaktycznego) …………………………………………………………………..w semestrze ……………………., w r.a. 20…/20… przez (Imię i Nazwisko asystenta) ………………………………………………………………………………………………..

nr albumu………………….., w miesiącu………………………………………. w wymiarze …………………godzin.

 Podpis……………………………………………………………………