

Formularz nr 2 do załącznika 2 i 3

15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								
25.								
26.								
27.								
28.								
29.								
30.								

Łączna ilość godzin

.....
data

.....
podpis studenta/doktoranta z niepełnosprawnościami

ZATWIERDZAM

.....
data

.....
podpis Pełnomocnika rektora ds. osób z niepełnosprawnościami