

OŚWIADCZENIE
asystenta studenta niepełnosprawnego

W związku z usługami asystenta studenta niepełnosprawnego wykonywanymi dla

.....

imię i nazwisko studenta

oświadczam, że:

- stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie zadań asystenta studenta niepełnosprawnego zgodnie z umową zlecenia zawartą w dniu,
- dochowam dyskrecji i poufności w związku z wykonywanymi zadaniami względem ww. studenta,
- zapoznałam/em się z Regulaminem przyznawania wsparcia w ramach dotacji budżetowej na zadania związane ze stwarzaniem studentom niepełnosprawnym warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....

data i podpis asystenta