

## OŚWIADCZENIE

### ASYSTENTA EDUKACYJNEGO OSOBY ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI, W TYM Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ (AON)

Imię i nazwisko:.....

Pracownik/student/doktorant(\*) .....

Nazwa Wydziału /Jednostki: .....

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

.....

Nr telefonu kontaktowego: .....

E-mail: .....

*Ja niżej podpisany oświadczam, że podejmuję się świadczenia usługi Asystenta  
Edukacyjnego dla Pana/Pani(\*):*

*Imię i nazwisko: .....*

*Nazwa Wydziału /Jednostki: .....*

*Kierunek studiów: .....*

*Rodzaj studiów: stacjonarne/niestacjonarne, I stopnia, II stopnia, doktoranckie \**

*Rok studiów: .....*

*Deklaruję, że stan mojego zdrowia pozwala na wykonywanie powierzonych mi  
zadań w ramach świadczonej usługi oraz, że dochowam niezbędnej dyskrecji  
w związku z wykonywanymi zadaniami względem osoby podopiecznej. Oświadczam, że  
zapoznałem się z przyjętymi w Politechnice Wrocławskiej zasadami ujętymi  
w Regulaminie Przyznawania Usługi Asystenta Edukacyjnego osobie ze szczególnymi  
potrzebami, w tym z niepełnosprawnością i zobowiązuję się do ich przestrzegania.*

---

(data i podpis wnioskodawcy)

(\*) niepotrzebne skreślić