

OŚWIADCZENIE
asystenta osoby z niepełnosprawnościami/ tłumacza języka migowego*

W związku z wykonywanymi usługami asystenta osoby z niepełnosprawnościami/ tłumacza języka migowego*

.....
imię i nazwisko studenta/doktoranta

oświadczam, że

- 1) stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie powierzonych zadań asystenta/ tłumacza języka migowego*, zgodnie z umową zlecenia zawartą w dniu ;
- 2) dochowam tajemnicy w związku z wykonywanymi zadaniami względem ww. studenta/doktoranta z niepełnosprawnościami;
- 3) zapoznałem/am się z przepisami Zarządzenia Rektora Akademii Sztuk Pięknych w Gdańsku w sprawie zasad dotyczących wykorzystania środków z dotacji przeznaczonej na zadania związane z zapewnieniem osobom z niepełnosprawnościami warunków do pełnego udziału w procesie rekrutacji na studia i kształcenia oraz prowadzenia działalności naukowej oraz zobowiązuje się do przestrzegania w/w zasad.

Gdańsk , dnia

.....
*podpis asystenta / tłumacza języka migowego**

**niepotrzebne skreślić*