Zadanie współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Miesięczna ewidencja czasu pracy

ZA OKRES …….

1. TYTUŁ ZADANIA: ……
2. NUMER UMOWY: ……..
3. IMIĘ I NAZWISKO: ……..……
4. STANOWISKO: ……..……

Data	Opis działań wykonywanych w ramach zadania	Godziny pracy	Ilość godzin	Podpis osoby wykonującej pracę
	OGÓŁEM GODZIN W MIESIĄCU			

……..……

(Zatwierdził)