

MIESIĄC:				IMIĘ I NAZWISKO:			
ROK:				STANOWISKO:			
Dzień	POCZĄTEK PRACY	KONIEC PRACY	LICZBA GODZIN	PODPIS	UWAGI		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
		RAZEM					

CH - choroba
UM -urlop macierzyński

UW - urlop wypoczynkowy
UB - urlop bezpłatny

UO - urlop okolicznościowy
OP - opieka