**……………………………………............** SZKOŁA PODSTAWOWA NR 4

 imię i nazwisko SKIERNIEWICE

…………………………………………

 stanowisko

**WSPOMAGAJĄCY/ REWALIDACJA 80150**

 stanowisko

**………………………………………..** ROZLICZENIE GODZIN PONADWYMIAROWYCH

 obowiązkowy wymiar godzin

………………………………………. **……………………………**

 stawka godziny ponadwymiarowej miesiąc/rok

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tygodniowerozliczenieod - do | Godziny przepracowane | godzinyponad-wymiar. | podpis |
| PON | WT | ŚR | CZ | PT | SB | łącznie |
| Plan zajęć | P | Z | N | P | Z | N | P | Z | N | P | Z | N | P | Z | N | P | Z | N | P | Z | N |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem |  |  |  |  |  |  |

 *Zatwierdzam do wypłaty*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ilość | Wartość | Łącznie zł. |
| P | Z | P | Z |  |
|  |  |  |  |