Pieczęć instytucji

KARTA CZASU PRACY

/protokół odbioru potwierdzający wykonanie zadań w ramach projektu/

1) Za okres od: do:
2) Beneficjent:
3) Tytuł projektu:
4) Numer projektu:
5) Imię i Nazwisko
6) Stanowisko:
w instytucji:
w projekcie:
7) Deklarowany miesięczny czas pracy w ramach projektu: etatu
godzin

Dzień miesiąca	Zadania wykonywane na rzecz lub w ramach projektu	Ub	Op (ZUS)	Ch (ZUS)	Ch	Uw	Uo	NU	czas pracy w godzinach
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									
SUMA		0	0	0	0	0	0	0	0

9)	Całkowita liczba godzin w miesiącu	0
10)	Liczba godzin przepracowanych na rzecz/w ramach projektu w miesiącu nieuwzgledniająca Ch, Uw, Uo, NU	
11)	Liczba godzin z tytułu: Ch, Uw, Uo, NU	0
12)	Liczba godzin z tytułu: Ub, Op (ZUS), Ch(ZUS)	0
13)	Liczba godzin przepracowanych w instytucji pomniejszona o godziny nieobecności z tytułu: Ch, Uw, Uo, NU,Ub,Op(ZUS), Ch(ZUS)	0
14)	Liczba godzin przepracowanych w instytucji pomniejszona o godziny nieobecności z tytułu: Ub,Op(ZUS), Ch(ZUS)	0
15)	Liczba godzin z tytułu: Ch, Uw, Uo, NU zaliczana do godzin przepracowanych na rzecz/w ramach projektu w miesiącu	#DZIEL/0!
16)	OGÓŁEM liczba godzin przepracowanych na rzecz/w ramach projektu w miesiącu	#DZIEL/0!
17)	Stosunek godzin przepracowanych w ramach projektu do całkowitego wymiaru czasu pracy:	#DZIEL/0!
18)	Kwota wynagrodzenia brutto pomniejszona o niekwalifikowalne wartości	
19)	Składki pracodawcy odprowadzane do ZUS od kwoty brutto wynagrodzenia z poz. 18)	
20)	RAZEM	0,00
21)	Koszt w ramach projektu związany z zaangażowaniem personelu	#DZIEL/0!

POLE WYPEŁNIANE PRZEZ BENEFICJENTA

Uw - urlop wypoczynkowy, Uo - urlop okolicznościowy i inne zwolnienia przysługujące pracownikowi, Ub - urlop bezpłatny, Ch - choroba pracownika, Op - opieka nad chorym członkiem rodziny, NU - nieobecność usprawiedliwiona w tym 2 dni opieki nad dzieckiem zgodnie z art 188 kp.

Podpis przełożonego *Podpis pracownika*