

Imię i nazwisko

Jednostka organizacyjna

ROZKŁAD CZASU PRACY PRACOWNIKÓW ZATRUDNIONYCH W NIEPEŁNYM WYMIARZE CZASU PRACY

(jednakowy w poszczególnych dniach pracy)

Okres, na który ustalono rozkład

Poniedziałek – piątek: godziny...../granice godzin rozpoczęcia pracy

i długość pracy w dobie

Data

.....
Pracownik

.....
Kierujący jednostką/pionem

.....
Rektor/Kanclerz