Imię i nazwisko …….

Jednostka organizacyjna ……

ROZKŁAD CZASU PRACY PRACOWNIKÓW ZATRUDNIONYCH W NIEPEŁNYM WYMIARZE CZASU PRACY

(różny w poszczególnych dniach pracy)

Okres, na który ustalono rozkład ……

DZIEŃ TYGODNIA: GODZINY PRACY:

PONIEDZIAŁEK …….

WTOREK …….

ŚRODA …….

CZWARTEK …….

PIĄTEK …….

data

…….. ……. …….

Pracownik Kierujący jednostką/pionem Rektor/Kanclerz