

**KARTA CZASU PRACY PSYCHIATRY DZIECIĘCEGO**

NA MIESIĄC/ROK: .....

| LP. | DATA | GODZINY PRACY | ILOŚĆ GODZIN PRZEPRACOWANYCH W CIAGU DNIA | MIEJSCE | PODPIS OPIEKUNA/RODZICA |
|-----|------|---------------|---|---------|-------------------------|
|     |      |               |   |         |                         |
|     |      |               |   |         |                         |
|     |      |               |   |         |                         |
|     |      |               |   |         |                         |
|     |      |               |   |         |                         |
|     |      |               |   |         |                         |
|     |      |               |   |         |                         |
|     |      |               |   |         |                         |
|     |      |               |   |         |                         |
|     |      |               |   |         |                         |
|     |      |               |   |         |                         |
|     |      |               |   |         |                         |
|     |      |               |   |         |                         |
|     |      |               |   |         |                         |
|     |      |               |   |         |                         |
|     |      |               |   |         |                         |

Podpis Wykonawcy usług: .....

Podpis Kierownika GOPS: .....