

EWIDENCJA GODZIN I ZADAŃ PRACY ASYSTENTA RODZINY			
Za okres:			
Nazwa instytucji:		Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa	
Imię i nazwisko:		PESEL	
Stanowisko:		Miesięczna norma czasu pracy w miesiącu	
Czas pracy na dokumentację, kontakty z osobami i instytucjami w zakresie wspierania rodzin			
Czas pracy z rodzinami (w miejscu zamieszkania)			
Szkolenia, delegacje, urlopy, zwolnienia lekarskie, inne			
EWIDENCJA GODZIN			
L.p.	Nazwisko i imię	Dni i ilość świadczonej pracy	Suma godzin
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

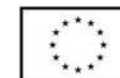


Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WARMIA MAZURY
Zdrowe życie, czysty zysk

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 5

do „Procedur postępowania asystenta rodziny” w realizacji projektu „Rodzina na PLUS” w latach 2017 – 2022 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Data	Opis wykonywanych zadań (czynności)	Czas pracy na dokumentację, kontakt z pracownikami i instytucjami (od godz. do godz.) oraz ilość godz. w danym dniu	Czas pracy z rodzinami (od godz. do godz.) oraz ilość godz. w danym dniu



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WARMIA MAZURY
Zdrowe życie, czysty zysk

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



.....
Podpis Asystenta rodziny

Sprawił/a:

.....

.....
Pieczęć instytucji

.....
Pieczęć i podpis Kierownika OPS



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WARMIA MAZURY
Zdrowe życie, czysty zysk

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

