



Miesięczna karta czasu pracy specjalisty - psycholog

1. Za okres (miesiąc):

2. Nazwa Grantobiorcy:

Gmina Miasto Włocławek - Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku

3. Tytuł projektu:

AKTYWNI MIMO WSZYSTKO!

4. Numer umowy:

14/A/G/2020

5. Imię i Nazwisko

6. Zadania wykonywane przez pracownika:

Dzień miesiąca	Opis zadań wykonywanych na rzecz lub w ramach projektu	Liczba godzin	Podpis koordynatora
1	2	3	5
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			
Ogółem:			

10. Stosunek godzin przepracowanych w ramach projektu do całkowitego wymiaru godzin (%):

ogółem godzin (od początku realizacji):

godzin w projekcie

Podpis

DIREKTOR
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
we Włocławku
Piotr Kudziński

Podpis koordynatora