*ROZLICZENIE GODZIN NAUCZYCIELI*

*Zespołu Szkół Nr 2 Centrum Kształcenia Ustawicznego im. T. Kościuszki w Pyrzycach*

INTERNAT za miesiąc LISTOPAD 2024 r.

Imię i nazwisko nauczyciela ................................................................................................................................................................... wymiar godzin ..............

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Tygodnie  | *G o d z i n y p r z e p r a c o w a n e* ***w tym:*** *zastępstwa doraźne (zgodnie z planem lekcji)****lecz bez NAUCZANIA INDYWIDUALNEGO!!!*** | **Godziny ponadwymiarowe z pensum** | **RAZEM** | **GODZINY PONADWYMIAROWE** | Podpis nauczyciela |
| rozliczeniowe | **Niedziela** | **Poniedziałek** | **Wtorek** | **Środa** | **Czwartek** | **Piątek** | **Łącznie** |  |
| od ........do...... | **30** |  |
|  | **Zajęcia rewalidacyjne** |  |
| **03.11.2024****- 08.11.2024** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10.11.2024****- 15.11.2024** | x | SWIĘTO NIEPO DLEGŁO ŚCI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17.11.2024****- 22.11.2024** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **24.11.2024****- 29.11.2024** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **RAZEM** M-C Uwagi**z e m** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Razem nadgodziny |  |
| - Potrącenia |  |
| = Do wypłaty |  |

 **Uwagi: .......................................................................................**

 **Godziny nocne:………………..**

 Zatwierdzam do wypłaty ....................................................

 (podpis dyrektora)