*ROZLICZENIE GODZIN NAUCZYCIELI*

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

INTERNAT za miesiąc MAJ 2023 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** | | | Jednorazowe płatne zastępstwa i nauczanie indywidualne  **(liczba godzin /**  **/ klasa)** | **Godziny zaoczne** | | | Łącznie zaoczne | Podpis nauczyciela |
| rozliczeniowe | **Niedziela** | **Poniedziałek** | **Wtorek** | **Środa** | **Czwartek** | **Piątek** | **Łącznie** |  | | | Typ | Piątek | Sobota |
| od ........do...... |  |  |  |
|  | **30** |  |  |  |
| **30.04.2023**  **- 06.05.2023** |  | ŚWIĘTO | Dzień wolny od zajęć dydakty-cznych | ŚWIĘTO | Dzień wolny od zajęć dydakty-cznych | Dzień wolny od zajęć dydakty-cznych |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **07.05.2023**  **- 13.05.2023** |  | Dzień wolny od zajęć dydakty-cznych |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14.05.2023**  **- 20.05.2023** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **21.05.2023**  **- 27.05.2023** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** M-C **z e m** | | | | | | |  |  |  |  |  | X |  |  |  |
| **Uwagi:** | ...................................................................................................................... | | | | | | |  |  |  |  | Łącznie godziny zaoczne w miesiącu dla: | |  |  |
|  | KKZ |  |
|  | **Godziny nocne:………………..** | | | | | | |  |  |  |  |  |  |

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

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

(podpis dyrektora)