

Załącznik nr 2
Do Zarządzenia Burmistrza Nr
z dnia

Nazwisko i imię nauczyciela:

Tygodniowa liczba godzin zajęć specjalistycznych zgodna z arkuszem organizacyjnym:

Liczba wypracowanych godzin:

Tydzień	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Liczba przepracowanych godzin ogółem
01.09.2020 04.09.2020						
07.09.2020 11.09.2020						
14.09.2020 18.09.2020						
21.09.2020 25.09.2020						
SUMA						

Podpis nauczyciela:

Sprawdził:

Zatwierdził:

.....
(pieczęć i podpis dyrektora)