

EVIDENCA OPRAVLJENE DELOVNE OBVEZNOSTI

"OSEBNA ASISTENCA"

Obrazec-1

Izpolnil/a osebni asistent/ka: _____, za mesec: _____ 20__

(ime in priimek)

DAN	ČAS DELA		SKUPAJ UR			OPIS DEL IN NALOG
	Prihod	Odhod	Redno delo	Dopust	Bolniška	
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						
SKUPAJ UR:						

Možno št. ur:..... Delovna obv.: Dopust: Bolniška:.....

Opr. del. ure: Delo ned.:..... Praznik.:..... Nočne ure:.....

Razlika ur:

Obrazec-evidenco po potrebi sami fotokopirajte/natisnite. Prosimo vas, da izpolnjeno in podpisano evidenco prisotnosti zadnjega v mesecu oddate na e-naslov: oa@drustvo-distrofikov.si .

Za resničnost in točnost podatkov s podpisom MATERIALNO ODGOVARJAVA:

Uporabnik/-ca: _____ Osebni asistent/-ka: _____
(podpis) (podpis)