

EVIDENCA OPRAVLJENE DELOVNE OBVEZNOSTI
"OSEBNA ASISTENCA"

Obrazec - 1

Ime in priimek asistenta/ke:

mesec:

DAN	ČAS DELA			SKUPAJ UR			OPIS DEL IN NALOG
	Prihod	Odhod	Malica	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.:

Opravljene u.:

Dopust:

Bolniška:

Nedeljske u.:

Praznične u.:

Nočne u.:

Popoldanske u.:

Deljeno delo do 2 uri:

Deljeno delo nad 2 uri:

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: _____

(podpis)

Osební asistent/-ka: _____

(podpis)

Društvo distrofikov Slovenije, Linhartova 1, LJUBLJANA

Tel.: 01/47 20 560, 561, 562, 563, 564

E-mail: oa@drustvo-distrofikov.si