

Firma _____

Pracownik _____

Numer pracownika _____

		Początek	Przerwa	Koniec	Czas pracy	*	Adnotacje
Pt	01.03.2024						
Sb	02.03.2024						
Nd	03.03.2024						
Pon	04.03.2024						
Wt	05.03.2024						
Śr	06.03.2024						
Czw	07.03.2024						
Pt	08.03.2024						
Sb	09.03.2024						
Nd	10.03.2024						
Pon	11.03.2024						
Wt	12.03.2024						
Śr	13.03.2024						
Czw	14.03.2024						
Pt	15.03.2024						
Sb	16.03.2024						
Nd	17.03.2024						
Pon	18.03.2024						
Wt	19.03.2024						
Śr	20.03.2024						
Czw	21.03.2024						
Pt	22.03.2024						
Sb	23.03.2024						
Nd	24.03.2024						
Pon	25.03.2024						
Wt	26.03.2024						
Śr	27.03.2024						
Czw	28.03.2024						
Pt	29.03.2024						
Sb	30.03.2024						
Nd	31.03.2024						

Suma

- *Legenda
- K zwolnienie chorobowe
 - KOS choroba bez przedłożonego zwolnienia
 - U urlop
 - UU urlop bezpłatny
 - F dzień ustawowo wolny od pracy
 - SA absencja godzinowa
 - SU urlop godzinowy

Pracownik	Pracodawca
-----------	------------

Firma _____

Pracownik _____

Numer pracownika _____

		Czas pracy
Pt	01.03.2024	
Sb	02.03.2024	
Nd	03.03.2024	
Pon	04.03.2024	
Wt	05.03.2024	
Śr	06.03.2024	
Czw	07.03.2024	
Pt	08.03.2024	
Sb	09.03.2024	
Nd	10.03.2024	
Pon	11.03.2024	
Wt	12.03.2024	
Śr	13.03.2024	
Czw	14.03.2024	
Pt	15.03.2024	
Sb	16.03.2024	
Nd	17.03.2024	
Pon	18.03.2024	
Wt	19.03.2024	
Śr	20.03.2024	
Czw	21.03.2024	
Pt	22.03.2024	
Sb	23.03.2024	
Nd	24.03.2024	
Pon	25.03.2024	
Wt	26.03.2024	
Śr	27.03.2024	
Czw	28.03.2024	
Pt	29.03.2024	
Sb	30.03.2024	
Nd	31.03.2024	

Suma