

Firma _____

Pracownik _____

Numer pracownika _____

		Początek	Przerwa	Koniec	Czas pracy	*	Adnotacje
Pon	01.04.2024						
Wt	02.04.2024						
Śr	04.04.2024						
Czw	04.04.2024						
Pt	05.04.2024						
Sb	06.04.2024						
Nd	07.04.2024						
Pon	08.04.2024						
Wt	09.04.2024						
Śr	10.04.2024						
Czw	11.04.2024						
Pt	12.04.2024						
Sb	13.04.2024						
Nd	14.04.2024						
Pon	15.04.2024						
Wt	16.04.2024						
Śr	17.04.2024						
Czw	18.04.2024						
Pt	19.04.2024						
Sb	20.04.2024						
Nd	21.04.2024						
Pon	22.04.2024						
Wt	23.04.2024						
Śr	24.04.2024						
Czw	25.04.2024						
Pt	26.04.2024						
Sb	27.04.2024						
Nd	28.04.2024						
Pon	29.04.2024						
Wt	30.04.2024						

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
Pon	01.04.2024	
Wt	02.04.2024	
Śr	04.04.2024	
Czw	04.04.2024	
Pt	05.04.2024	
Sb	06.04.2024	
Nd	07.04.2024	
Pon	08.04.2024	
Wt	09.04.2024	
Śr	10.04.2024	
Czw	11.04.2024	
Pt	12.04.2024	
Sb	13.04.2024	
Nd	14.04.2024	
Pon	15.04.2024	
Wt	16.04.2024	
Śr	17.04.2024	
Czw	18.04.2024	
Pt	19.04.2024	
Sb	20.04.2024	
Nd	21.04.2024	
Pon	22.04.2024	
Wt	23.04.2024	
Śr	24.04.2024	
Czw	25.04.2024	
Pt	26.04.2024	
Sb	27.04.2024	
Nd	28.04.2024	
Pon	29.04.2024	
Wt	30.04.2024	

Suma