dnia .....

KARTA PRACY...../.....

Dział Usług Opiekuńczych i Specjalistycznych poleca opiekunce / asystentowi

..... pełnienie dyżurów u chorego

Pana/i .....

zam. .....

w dniach od ..... do .....
(bez niedziel i świąt - z niedzielami i świętami) (niepotrzebne skreślić)

w godzinach od .....

Data	Godziny od - do	Podpis chorego lub członka rodziny
1	2	3

z. 1710/2022 "DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40 www.pphudruk.com.pl

1	2	3

Stwierdzam obecność u chorego
zgodnie z liczbą dni
i godzin wymienionych w karcie pracy

.....
(podpis pracownika)

Potwierdzam wykonanie pracy

.....
(data i podpis kierowniczki
Działu Usług Opiekuńczych i Specjalistycznych)

*) - *niepotrzebne skreślić*