



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



**Sprawozdanie z realizacji świadczeń w miesiącu:** ..... r.

L.p.	Dzień miesiąca	Godzina od	Godzina do	Łączna ilość godzin	Uwagi
1	1			0:00:00	
2	2			0:00:00	
3	3			0:00:00	
4	4			0:00:00	
5	5			0:00:00	
6	6			0:00:00	
7	7			0:00:00	
8	8			0:00:00	
9	9			0:00:00	
10	10			0:00:00	
11	11			0:00:00	
12	12			0:00:00	
13	13			0:00:00	
14	14			0:00:00	
15	15			0:00:00	
16	16			0:00:00	
17	17			0:00:00	
18	18			0:00:00	
19	19			0:00:00	
20	20			0:00:00	
21	21			0:00:00	
22	22			0:00:00	
23	23			0:00:00	
24	24			0:00:00	
25	25			0:00:00	
26	26			0:00:00	
27	27			0:00:00	
28	28			0:00:00	
29	29			0:00:00	
30	30			0:00:00	
31	31			0:00:00	
Ogółem ilość godzin w miesiącu:				0:00:00	

.....  
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....  
Podpis odbierającego pracę

**Oświadczam, że moje łączne zaangażowanie zawodowe, niezależnie od formy zatrudnienia, w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i FS oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ i innych podmiotów, nie przekracza 276 godzin miesięcznie.**

.....  
Podpis Przyjmującego Zamówienie