Załącznik nr 1 do Umowy

Pieczęć instytucji

 **Miesięczna karta ewidencji godzin i zadań wykonanych na rzecz projektu**

1. **Za okres:** od …………………………… do …………………………………
2. **Instytucja/Beneficjent:** Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Węgorzewie
3. **Tytuł projektu:** „Silna i zdrowa rodzina”
4. **Numer projektu:** RPWM.11.02.03-28-0073/16
5. **Imię i Nazwisko:** ………………………………………………………………………
6. **Stanowisko:** Psychiatra dziecięcy
7. **Czas pracy i zadania wykonywane przez pracownika na rzecz projektu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **godzina** | **Opis zadań wykonywanych na rzecz lub w ramach projektu** | **Liczba****godzin** |
| **od** | **do** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Ogółem godzin**  |  |

………………………………. ………………………………………

 (podpis Dyrektora) (data i podpis pracownika)