

**MIESIĘCZNA KARTA CZASU PRACY**

nauczyciela / nauczycielki

prowadzącego/-ej zajęcia w ramach projektu pn. „**Rozwijamy umiejętności, potęgujemy zdolności, dodajemy pewności”** współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Osi priorytetowej X „Edukacja dla rozwoju regionu”, Działania 10.1 „Kształcenie i rozwój dzieci i młodzieży”, Poddziałania 10.1.1„Edukacja ogólna (w tym w szkołach zawodowych)”.

*Beneficjent:* GMINA MIASTO PŁOŃSK

*Imię i nazwisko nauczyciela/-ki*

*prowadzącego/-ej zajęcia*

*w ramach Projektu ...................................................................................................................*

*Rodzaj prowadzonych zajęć*

*...................................................................................................................*

*Nazwa szkoły ...................................................................................................................*

*Rozliczenie za okres (miesiąc):* od .......................... r. do ........................ r.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data przeprowadzenia zajęć w ramach Projektu**(DD-MM-RRRR) | **Godzina realizacji zajęć** (od-do) | **Opis wykonanych zadań w ramach Projektu** | **Liczba godzin (lekcyjnych/zegarowych)** |
| *np.. 05.10.2017r.* | *16.00-16.45* | *Prowadzenie zajęć z języka angielskiego/ Temat :* | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** *(liczba godzin przeprowadzonych zajęć w ww. okresie rozliczeniowym)* | **1** |

*Należy dodać kolejne wiersze wg potrzeby.*

Oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym.

…................................................................

/data i podpis osoby prowadzącej zajęcia/

Potwierdzam wykonanie powyżej wymienionych zajęć w ramach projektu pn. „**Rozwijamy**

**umiejętności, potęgujemy zdolności, dodajemy pewności”** w ww. okresie rozliczeniowym.

….................................................................

/data i podpis Koordynatora Szkolnego Projektu/

/(potwierdzający wykonanie zajęć)

*Akceptacja Dyrektora Szkoły*

…...................................................

/data i podpis Dyrektora Szkoły/

*Akceptacja Koordynatora Projektu*

.......................................................

/data i podpis Koordynatora Projektu /

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020