

Plan urlopów

Zespół albo placówka		Rok	2027
Plan ustalił (imię, nazwisko, funkcja)		Data podania do wiadomości	

LP.	PRACOWNIK	WYMIAR (DNI)	ZALEGŁY (DNI)	STY	LUT	MAR	KWI	MAJ	CZE	LIP	SIE	WRZ	PAŹ	LIS	GRU	RAZEM (DNI)	ZOSTAŁO DO PLANU	UWAGI, DATY
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
Razem																		