



Załącznik do umowy o udzielenie wsparcia finansowego OWES

Załącznik/Aktualizacja \*) nr ..... z dnia .....  
do umowy o udzielenie wsparcia finansowego nr .....  
[Lista podlega aktualizacji przy każdorazowej zmianie dotyczącej pracowników PS]

Numer stanowiska pracy	Wymiar etatu	Imię i nazwisko pracownika [ew. nazwa stanowiska w przypadku, gdy jeszcze nie podpisano umowy o pracę]	Czy pracownik należy do grupy objętej wsparciem reintegracyjnym finansowym [TAK/NIE]	Data rozpoczęcia pracy	Data zakończenia pracy	Liczba dni przerw w zatrudnieniu wydłużająca okres trwałości [jeśli dotyczy]
1	<input type="checkbox"/> pełen etat					
	<input type="checkbox"/> 3/4 etatu					
	<input type="checkbox"/> 1/2 [ew. 1/4 etatu**]					
2	<input type="checkbox"/> pełen etat					
	<input type="checkbox"/> 3/4 etatu					
	<input type="checkbox"/> 1/2 [ew. 1/4 etatu**]					
3	<input type="checkbox"/> pełen etat					
	<input type="checkbox"/> 3/4 etatu					
	<input type="checkbox"/> 1/2 [ew. 1/4 etatu**]					
4	<input type="checkbox"/> pełen etat					
	<input type="checkbox"/> 3/4 etatu					
	<input type="checkbox"/> 1/2 [ew. 1/4 etatu**]					
5	<input type="checkbox"/> pełen etat					
	<input type="checkbox"/> 3/4 etatu					
	<input type="checkbox"/> 1/2 [ew. 1/4 etatu**]					
6	<input type="checkbox"/> pełen etat					
	<input type="checkbox"/> 3/4 etatu					
	<input type="checkbox"/> 1/2 [ew. 1/4 etatu**]					
7	<input type="checkbox"/> pełen etat					
	<input type="checkbox"/> 3/4 etatu					
	<input type="checkbox"/> 1/2 [ew. 1/4 etatu**]					
8	<input type="checkbox"/> pełen etat					
	<input type="checkbox"/> 3/4 etatu					
	<input type="checkbox"/> 1/2 [ew. 1/4 etatu**]					
9	<input type="checkbox"/> pełen etat					
	<input type="checkbox"/> 3/4 etatu					
	<input type="checkbox"/> 1/2 [ew. 1/4 etatu**]					
10	<input type="checkbox"/> pełen etat					
	<input type="checkbox"/> 3/4 etatu					
	<input type="checkbox"/> 1/2 [ew. 1/4 etatu**]					

Podpis przedstawiciela Przedsiębiorstwa Społecznego: .....

Podpis przedstawiciela OWES: .....

\*) *niepotrzebne skreślić*

\*\* - *w przypadku zatrudnienia osoby z niepełnosprawnością sprzężoną lub ze znacznym stopniem niepełnosprawności, w przypadku stawki jednostkowej minimalny wymiar etatu zostaje obniżony do 1/4 etatu*