.....
Imię i nazwisko lekarza stażysty

MIESIĘCZNA EWIDENCJA DYŻURÓW LEKARZA STAŻYSTY
w wymiarze 40 godzin i 20 minut

Miesiąc .....

Data dyżuru	Dyżur w ramach stażu	Miejsce realizacji dyżuru (pieczęć Kliniki/Oddziału/ Zakładu	Dyżur 5 godz.+5 godz. i 5 min. lub 1x10 godz. i 5 min.	Godz. rozpoczęcia dyżuru	Godz. zakończenia dyżuru	Podpis i pieczątka lekarza nadzorującego dyżur/ opiekuna stażu cząstkowego

Realizacja <u>w klinice, oddziale w której odbywa się staż cząstkowy</u>
W trakcie stażu cząstkowego z medycyny rodzinnej oraz stażu personalizowanego w dziedzinach niezabiegowych **<u>DYŻURY NIE SĄ REALIZOWANE.</u>**

Dyżur medyczny podlega ewidencji czasu pracy, poprzez potwierdzenie godziny jego rozpoczęcia i zakończenia, przy użyciu przydzielonego identyfikatora do czytnika Rejestru Czasu Pracy (RCP)

1. Lekarz stażysta przekazuje koordynatorowi stażu **<u>do 15-go dnia każdego miesiąca</u>** - **grafik planowanych dyżurów medycznych na kolejny miesiąc;**
2. **<u>Ostatniego dnia miesiąca, którego dotyczy rozliczenie</u>** Lekarz stażysta składa do weryfikacji w CKP p. 110 - **miesięczną ewidencję dyżurów** (potwierdzoną przez lekarza nadzorującego dyżur/opiekuna stażu cząstkowego);
3. **<u>Zweryfikowaną w CKP</u> miesięczną ewidencję dyżurów** Lekarz stażysta składa do akceptacji **<u>koordynatora;</u>**
4. **<u>Zatwierdzoną przez koordynatora stażu miesięczną ewidencję dyżurów medycznych</u>** Lekarz stażysta **niezwłocznie przekazuje do Sekcji Płac** (Budynek Dyrekcji - II piętro).

.....
Podpis i pieczątka koordynatora stażu podyplomowego