.....
Imię i nazwisko lekarza stażysty

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

Miesiąc .....

Data dyżuru	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)

Lekarz stażysta przekazuje koordynatorowi stażu:
- **<u>do 15-go dnia każdego miesiąca</u> - grafik planowanych dyżurów medycznych**
- **<u>ostatniego dnia miesiąca, którego dotyczy rozliczenie</u> - miesięczną ewidencję dyżurów** (potwierdzoną przez lekarza nadzorującego dyżur/opiekuna stażu cząstkowego)

Miesięczną ewidencję dyżurów medycznych <u>zatwierdzoną przez koordynatora stażu</u> należy niezwłocznie przekazać do Sekcji Płac (Budynek Dyrekcji - II piętro).

.....
Podpis i pieczątka koordynatora stażu podyplomowego