

**….Πλήρης επωνυμία Φορέα…………………………..**

**…Τμήμα/Κλινική/Μονάδα….**

**Τίτλος Υποέργου: «Ενίσχυση ……………………………. με επικουρικό προσωπικό για την ανταπόκριση στις ανάγκες λόγω της επιδημίας COVID-19»**

**Κωδικός ΟΠΣ Πράξης /Υποέργου: …………**

**Εβδομαδιαίο Παρουσιολόγιο Επικουρικού Προσωπικού**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **Ονοματεπώνυμο εργαζόμενου** | **Ειδικότητα** | **....…/.....…/20...** | **....…/…..…/20...** | **....…/.....…/20...** | **....…/.....…/20...** | **....…/.....…/20...** | **….…/......…/20...** | **…..…/…..…/20...** |
| **Ώρα προσέλευσης** | **Υπογραφή** | **Ώρα αποχώρησης** | **Υπογραφή** | **Ώρα προσέλευσης** | **Υπογραφή** | **Ώρα αποχώρησης** | **Υπογραφή** | **Ώρα προσέλευσης** | **Υπογραφή** | **Ώρα αποχώρησης** | **Υπογραφή** | **Ώρα προσέλευσης** | **Υπογραφή** | **Ώρα αποχώρησης** | **Υπογραφή** | **Ώρα προσέλευσης** | **Υπογραφή** | **Ώρα αποχώρησης** | **Υπογραφή** | **Ώρα προσέλευσης** | **Υπογραφή** | **Ώρα αποχώρησης** | **Υπογραφή** | **Ώρα προσέλευσης** | **Υπογραφή** | **Ώρα αποχώρησης** | **Υπογραφή** |
| **1** |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **2** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **3** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **4** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **5** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **6** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **7** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **8** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **9** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **10** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **…** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **…** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| Ο Διευθυντής / Προϊστάμενος της Κλινικής/Τμήματος/Μονάδας (άμεσα αρμόδιος κατά περίπτωση) |
|  |
| Υπογραφή |
| Ονοματεπώνυμο |

Συμπληρώνεται καθημερινά η ώρα προσέλευσης και αποχώρησης (συμπεριλαμβανομένης εργασίας πέραν του ωραρίου) και τίθεται υπογραφή.

Σε περίπτωση άδειας αναγράφεται το είδος της κατά περίπτωση, πχ ΚΑ για κανονική άδεια, Α για αναρρωτική, ΑΚ άδεια κύησης, ΑΛ άδεια λοχείας, ΑΙΜ για αιμοδοτική, ΓΑ γονική, EΚ εκπαιδευτική, ΕΙ ειδική άδεια κλπ και δεν τίθεται υπογραφή του εργαζόμενου. Σε περίπτωση απουσίας αναγράφεται ΑΑ αδικαιολόγητη απουσία, ΑΠ απεργία κλπ και δεν τίθεται υπογραφή. Για το ιατρικό προσωπικό σε περίπτωση εκτέλεσης εφημερίας αναγράφονται τα αρχικά ΕΦ και δεν τίθεται υπογραφή του εργαζόμενου.

Το Παρουσιολόγιο τηρείται σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή. Το πρωτότυπο παραμένει στο φάκελο Υποέργου του Φορέα.

Το σύνολο των δικαιολογητικών εγγράφων τεκμηρίωσης αναρρωτικών και λοιπών αδειών τηρείται στο αρχείο της αρμόδιας υπηρεσίας και είναι στη διάθεση του Υπευθύνου Υποέργου του Φορέα και κάθε ελεγκτικού οργάνου αν ζητηθούν.