



## LISTA OBECNOŚCI STAŻYSTY

Nazwa Pracodawcy

Miesiąc..... Rok.....

..... Nazwisko i imię .....

/pieczęć/

| DZIEŃ | Godziny pracy w kolejnych dniach | PODPIS STAŻYSTY |
|-------|----------------------------------|-----------------|
| 1.    |                                  |                 |
| 2.    |                                  |                 |
| 3.    |                                  |                 |
| 4.    |                                  |                 |
| 5.    |                                  |                 |
| 6.    |                                  |                 |
| 7.    |                                  |                 |
| 8.    |                                  |                 |
| 9.    |                                  |                 |
| 10.   |                                  |                 |
| 11.   |                                  |                 |
| 12.   |                                  |                 |
| 13.   |                                  |                 |
| 14.   |                                  |                 |
| 15.   |                                  |                 |
| 16.   |                                  |                 |
| 17.   |                                  |                 |
| 18.   |                                  |                 |
| 19.   |                                  |                 |
| 20.   |                                  |                 |
| 21.   |                                  |                 |
| 22.   |                                  |                 |
| 23.   |                                  |                 |
| 24.   |                                  |                 |
| 25.   |                                  |                 |
| 26.   |                                  |                 |
| 27.   |                                  |                 |
| 28.   |                                  |                 |
| 29.   |                                  |                 |
| 30.   |                                  |                 |
| 31.   |                                  |                 |

**W** – dzień wolny (stażyście przysługują 2 dni wolne za każde 30 dni kalendarzowych odbywania stażu, za ostatni miesiąc Pracodawca jest obowiązany udzielić dni wolnych przed upływem zakończenia stażu); **CH** – choroba stażysty (zwolnienie lekarskie na druku ZUS ZLA dostarczyć do Beneficjenta w ciągu 7 dni ); **NN** – nieobecność nieusprawiedliwiona (o takiej nieobecności należy niezwłocznie powiadomić Beneficjenta); **NU** – nieobecność usprawiedliwiona obowiązkiem stawiennictwa przed sądem lub organem administracji publicznej.

.....  
Pieczęć i podpis Pracodawcy