



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.

.....
Pieczęćka i podpis Pracodawcy