 LISTA OBECNOŚCI

1. Nazwa Zakładu Pracy:
2. Miesiąc: Rok
3. Imię i nazwisko stażysty: /pieczęć/
4. Numer umowy:

|  |  |
| --- | --- |
| **Dzień** | **Podpis stażysty** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**DW** - dni wolne (na pisemny wniosek stażysty, w wymiarze 2 dni za każde 30 dni kalendarzowych)

**CH** - zwolnienie lekarskie

Oświadczam, iż odbywający się staż nie przekraczał 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo.

**Bezrobotny nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych.**

**……………………………………………..**

/pieczęć i podpis opiekuna/