

LISTA OBECNOŚCI

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

Dzień	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.	

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/