

LISTA OBECNOŚCI PFRON

1. Nazwa Organizatora:
2. Miesiąc: Rok:
3. Imię i nazwisko stażysty: /pieczęć/
Stanowisko stażysty:.....
4. Numer umowy:.....
5. Imię i nazwisko opiekuna stażysty:
Stanowisko pracy:.....

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.	

Oświadczam, iż:

Czas realizacji programu stażu przez niepełnosprawnego poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu odbywającego staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i przeciętnie 40 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy. Czas realizacji programu stażu niepełnosprawnego poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie może przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy. Niepełnosprawny poszukujący pracy niepozostający w zatrudnieniu **nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych.**

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

CH - zwolnienie lekarskie

.....
/pieczęć i podpis opiekuna stażysty/