|  |
| --- |
| **Lista obecności stażysty (…………..…………..……/miesiąc i rok)** |
| ………………………………………………………………....................................................../ miejsce odbywania stażu /pieczęć zakładu pracy/ | ……………………………..........................numer umowy stażowej |
|  | Nazwisko i imię stażysty …………………………… | Nazwisko i imię stażysty …………………………… | Nazwisko i imię stażysty ………............................... |
|  | podpis stażysty | podpis stażysty | 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 |  |  |  |
|  | liczba wykorzystanych dni wolnych …………………. | liczba wykorzystanych dni wolnych …………………. | liczba wykorzystanych dni wolnych …………………. |
| **CH - chorobowe****W - dzień wolny \*****UB - urlop bezpłatny****\*** Za każde 30 dni kalendarzowe odbywania stażu przysługują 2 dni wolne (płatne). Nie wykorzystane dni wolne przechodzą na następne miesiące. …...………………………………….1) Wniosek o udzielenie dni wolnych należy dołączyć do listy. / pieczęć i podpis pracodawcy/2) Tygodniowy wymiar czasu pracy nie może przekroczyć 40 godzin. |