**LISTA OBECNOŚCI**

**IMIĘ I NAZWISKO STAŻYSTY:………….................................................................MIESIĄC ................................20……...**

**LICZBA PRZEPRACOWANYCH GODZIN W DANYM MIESIĄCU:………..……………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Godzina rozpoczęcia stażu** | **Podpis stażysty** | **Godzina zakończenia stażu** | **Podpis stażysty** | **Podpis Organizatora/ Opiekuna stażu** |
| **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.** |  |  |  |  |  |

**LEGENDA DO LISTY OBECNOŚCI:**

**U – wolne przysługujące za każde 30 dni kalendarzowe odbywania stażu**

**L4 – zwolnienie lekarskie**

**P – nieobecność z powodu dnia wolnego od pracy całego zakładu**

**NN - nieobecność nieusprawiedliwiona**

**Urlop bezpłatny, urlop na żądanie, urlop okolicznościowy, opieka nad dzieckiem lub członkiem rodziny osobie odbywającej staż nie przysługuje**

………………………………………………………………………..
 **Pieczątka i podpis Organizatora stażu**