

LISTA OBECNOŚCI

IMIE I NAZWISKO STAŻYSTY:.....MIESIĄC20.....

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

.....

Pieczątką i podpis Organizatora stażu