

LISTA OBECNOŚCI

.....
/pieczęć/

1. Nazwa Zakładu Pracy:
2. Miesiąc Rok
3. Imię i nazwisko stażysty:.....
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 kalendarzowe)

CH – zwolnienie lekarskie

Oświadczam, iż odbywający się staż nie przekraczał 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo a w przypadku niepełnosprawnego zaliczonego do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie przekraczał 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo

Niepełnosprawny poszukujący pracy niepozostający w zatrudnieniu nie może odbywać stażu w niedzielę i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych.

.....
/pieczęć i podpis opiekuna/