



## LISTA OBECNOŚCI

.....

Pieczęć Organizatora

za miesiąc.....rok.....

Wymiar czasu pracy:.....

| Imię i Nazwisko stażysty: |                                |        |
|---------------------------|--------------------------------|--------|
| Dzień miesiąca            | Podpis osoby odbywającej staż: | Uwagi: |
| 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.                       |                                |        |

.....  
Podpis osoby potwierdzający podane wyżej dane w imieniu Organizatora**W przypadku nieobecności stażysty proszę o zastosowanie odpowiedniego oznaczenia :**

UW - dni wolne przysługujące za każde 30 dni kalendarzowe odbywania stażu + wnioski o udzielenie dni wolnych.

N - inna nieobecność (wymagane jest podanie powodu i/lub dołączenie dowodu/dokumentu, z którego wynika powód nieobecności).

NN - nieobecność nieusprawiedliwiona.

CH - choroba stażysty, opieka nad chorym członkiem rodziny.

**UWAGA:** Organizator stażu zobowiązany jest przedłożyć listę obecności w terminie 5 dni po zakończeniu każdego miesiąca stażu, przy czym listę obecności za ostatni miesiąc odbywania stażu Organizator zobowiązany jest przedłożyć w terminie 5 dni od dnia zakończenia stażu.