………………….……… **Nr umowy stażowej:** ...................................

**Pieczątka Firmowa**

**LISTA OBECNOŚCI OSÓB ODBYWAJĄCYCH STAŻ**

**za miesiąc** ........................................ **rok**  ..............

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Imię i Nazwisko stażysty**  **Czytelny podpis /symbol\*** | **Imię i Nazwisko stażysty**  **Czytelny podpis /symbol\*** |
|  |  |
| 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 |  |  |

**Dostarczyć oryginał do Powiatowego Urzędu Pracy w Mońkach w terminie do 3 dni po zakończeniu każdego miesiąca**

**\* Obowiązujące oznaczenia symboli:**

###### W – dzień wolny udzielony przez pracodawcę (2 dni za każde kalendarzowe 30 dni odbytego stażu)

**C –** zwolnienie lekarskie,

**NN –** nieusprawiedliwiona nieobecność w pracy

.................................................... ...................................................................................

**Miejscowość, data Pieczątka imienna lub firmowa i podpis pracodawcy**