**STOP ODDALENIU**

**LISTA OBECNOŚCI OSÓB ODBYWAJĄCYCH STAŻ**

za miesiąc ……………………………rok 2024 **NUMER UMOWY** ……………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dni**  **Miesiąca** | ……………...  ……………...  Imię i Nazwisko | ……………...  ……………...  Imię i Nazwisko | ……………...  ……………...  Imię i Nazwisko | ……………...  ……………...  Imię i Nazwisko | ……………...  ……………...  Imię i Nazwisko |
| **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**- dzień wolny udzielany na wniosek bezrobotnego ( **WNIOSEK NALEŻY DOŁĄCZYĆ DO LISTY OBECNOŚCI)**

**C**- zwolnienie lekarskie

Dzień wolny od pracy ( np. sobota, niedziela, święto itp.) **proszę wykreślić z listy obecności**.

**UWAGA!!! LISTĘ OBECNOŚCI NALEŻY DOSTARCZYĆ DO 5 DNIA KAŻDEGO MIESIĄCA.**

…………………………………. ..………………………………

( MIEJSCOWOŚĆ, DATA ) ( PIECZĄTKA I PODPIS PRACODAWCY)