***MIESIĘCZNA LISTA OBECNOŚCI STAŻYSTY za miesiąc:*** …………………………………………………………..……..

***Imię i nazwisko osoby skierowanej na staż:***

………………………………..

 *pieczęć Organizatora stażu*

…………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dni miesiąca** | **Podpis Stażysty** | **Podpis Opiekuna** |
| **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** |  |  |

*NU- nieobecność usprawiedliwiona,*

*NN- nieobecność nieusprawiedliwiona,*

*Ch- choroba,*

*U- urlop (dni wolne)*

*Dni wolne przysługują w wymiarze 2 dni za każdy miesiąc odbywania Stażu. Pracodawca jest obowiązany udzielić dni wolnych przed upływem terminu zakończenia Stażu.*