*Załącznik nr 5 do umowy o staż nr……………… z dnia ………………………*

**MIESIĘCZNA LISTA OBECNOŚCI STAŻYSTKI/STAŻYSTY**

**ZA MIESIĄC: …………………………………………..**

Imię i nazwisko osoby skierowanej na staż: ……………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dni miesiąca** | **Godziny pracy od do** | **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 ilości 2 dni za każdy miesiąc odbywania stażu. Pracodawca jest zobowiązany udzielić dni wolnych przed upływem terminu zakończenia stażu