|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LISTA OBECNOŚCI OSOBY BEZROBOTNEJ ODBYWAJĄCEJ STAŻ**  za miesiąc ……………………….. … rok ………………… | | | |
| ………………………………..  (pieczęć Organizatora) | | | ………………………………..  (numer umowy) |
| …………………………………………………………………………  (Imię i nazwisko osoby bezrobotnej odbywającej staż) | | | |
| **Dzień** | **Godziny pracy**  **( od – do)** | **Podpis stażysty** | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| CH – chorobowe  U - dzień wolny  NN- nieobecność nieusprawiedliwiona( dzień niepłatny)  **listę obecności należy dostarczyć do PUP w terminie 3 dni po zakończeniu każdego miesiąca!!!** | | | |

………………………………….

…………………………………..

( pieczęć i podpis opiekuna)