

LISTA OBECNOŚCI – STAŻ

(...../ miesiąc i rok)

.....
nazwa komórki organizacyjnej – miejsce odbycia stażu

.....
(numer umowy stażowej)

Imię i Nazwisko stażysty

Imię i Nazwisko stażysty

.....
podpis

Godziny pracy
(od – do)

.....
podpis

Godziny pracy
(od – do)

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				

CH chorobowe

UP urlop płatny*

UB urlop bezpłatny

LICZBA WYKORZYSTANYCH DNI URLOPU PŁATNEGO

1) listę obecności należy dostarczać do 5-tego każdego m-ca

2) w przypadku chorobowego należy niezwłocznie poinformować

Pracodawcę o okresie zwolnienia lekarskiego

3) oryginał wniosku o udzielenie urlopu należy dołączyć do listy

4) tygodniowy wymiar czasu pracy nie może przekroczyć 40 godzin !!

* Na każdy miesiąc po przepracowanych 30 dniach, osoba odbywająca staż może otrzymać 2 dni płatnego urlopu. Niewykorzystane dni przechodzą na następne miesiące.

.....
pieczęć i podpis pracodawcy