



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. Nie wykorzystane dni przechodzą na następane miesiące.

.....
pieczęć i podpis pracodawcy