



LISTA OBECNOŚCI – STAŻ

(...../ miesiąc i rok)



Opolskie dla Rodziny

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

.....
(numer umowy stazowej)

	Imię i Nazwisko stażysty							
								
	podpis	Godziny pracy (od – do)	podpis	Godziny pracy (od – do)	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 oryginał L-4 należy dołączyć do listy

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