



LISTA OBECNOŚCI – STAŻ

(...../ miesiąc i rok)

..... 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