**MIESIĘCZNA LISTA OBECNOŚCI NA STAŻU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Podmiotu przyjmującego na staż** |  |
| **Imię i nazwisko Stażysty/Stażystki** |  |
| **Rok** |  |
| **Miesiąc** |  |
| **Miejsce odbywania stażu** |  |
| **Opiekun stażu** |  |

| Dzień | Godziny  od - do | | Podpis Stażysty/Stażystki | Podpis opiekuna stażu | OZNACZENIA NA LIŚCIE OBECNOŚCI: |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  | **NU –** dzień wolny udzielony na pisemny wniosek Stażysty (wniosek o dzień wolny należy dołączyć do listy obecności). **NU – choroba lub opieka** (udokumentowana zwolnieniem lekarskim na druku ZUS ZLA) **N – nieobecność nieusprawiedliwiona**  Dzień wolny od pracy np. sobota, niedziela, święto itp. proszę wykreślić z listy obecności. Lista  obecności powinna być prowadzona na bieżąco  W przypadku konieczności dokonania zmiany na liście należy przekreślić błędny wpis i po dokonaniu poprawy potwierdzić ją podpisem (prosimy nie używać korektora) |
| 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 |  |  |  |  |