**LISTA OBECNOŚCI STAŻYSTY ZA ………………………………………………..……** miesiąc/rok

**Imię i nazwisko stażysty ………………………………….………………………….………..**

|  |
| --- |
|  ***Podpis stażysty*** |
| 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 |  |

**Oznaczenia:**

 **W** - **dni wolne\***

**Ch** - choroba

**Nn** - nieobecność nieusprawiedliwiona

**Nu** - nieobecność usprawiedliwiona

**Dw** - dzień wolny za sobotę i niedzielę

Dni przypadające w soboty, niedziele, święta należy wykreślić z listy obecności.

 **Pouczenie:**

1. **\***Stażyście przysługują 2 **dni wolne** za każde 30 dni kalendarzowych odbywania stażu.

2. Dni wolne mogą być sumowane i muszą być udzielone najpóźniej w ostatnim miesiącu odbywania stażu.

3. Stażysta zachowuje prawo do stypendium za dni udokumentowanej niezdolności do pracy.

 **LISTĘ OBECNOŚCI NALEŻY DOSTARCZYĆ DO PIĄTEGO DNIA KAŻDEGO MIESIĄCA**

Liczba wykorzystanych dni

urlopu płatnego……….…..

Liczba dni chorobowych potwierdzonych

 zwolnieniem lekarskim…………...

 **…………………………............................................................**

 **(Podpis i pieczątka pracodawcy)**