|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lista obecności**  osoby odbywającej staż w ramach projektu **„POWER – Subregion Tarnowski”** za miesiąc **……………….** rok **……………** | | | | | |
| **……………………………………………………………………………………………….**  Pieczęć zakładu, nazwa komórki organizacyjnej - miejsce odbywania stażu | | | | **…………………………………………**  Numer umowy | |
| ……………………………………………………………………………………………………………………........................................................................................................  Imię i nazwisko osoby odbywającej staż: | | | | | |
| **DZIEŃ**  **MIESIĄCA** | **Godziny pracy** | **PODPIS STAŻYSTY** | **PODPIS OPIEKUNA STAŻU** | |  |
| **01** |  |  |  | | Stażysta nabywa prawo do 2 dni wolnych sukcesywnie po upływnie kolejnych 30 dni kalendarzowych odbywania stażu.  W okresie pierwszych 30 dni odbywania stażu dni wolne  nie przysługują.Za ostatni miesiąc odbywania stażu, pracodawca jest obowiązany udzielić dni wolnych przed upływem terminu zakończenia stażu.  **……………………………**  Pieczęć zakładu pracy i podpis Pracodawcy/opiekuna stażu          **……………………………**  Pieczęć i podpis pracodawcy |
| **02** |  |  |  | |
| **03** |  |  |  | |
| **04** |  |  |  | |
| **05** |  |  |  | |
| **06** |  |  |  | |
| **07** |  |  |  | |
| **08** |  |  |  | |
| **09** |  |  |  | |
| **10** |  |  |  | |
| **11** |  |  |  | |
| **12** |  |  |  | |
| **13** |  |  |  | |
| **14** |  |  |  | |
| **15** |  |  |  | |
| **16** |  |  |  | |
| **17** |  |  |  | |
| **18** |  |  |  | |
| **19** |  |  |  | |
| **20** |  |  |  | |
| **21** |  |  |  | |
| **22** |  |  |  | |
| **23** |  |  |  | |
| **24** |  |  |  | |
| **25** |  |  |  | |
| **26** |  |  |  | |
| **27** |  |  |  | |
| **28** |  |  |  | |
| **29** |  |  |  | |
| **30** |  |  |  | |
| **31** |  |  |  | |
| **LICZBA WYKORZYSTANYCH DNI WOLNYCH W DANYM MIESIĄCU** ……… | | | | | |
| **CH -** CHOROBA  **U** – URLOP  **NN** – NIEOBECNOŚĆ NIEUSPRAWIEDLIWIONA  **Lista obecności powinna być dostarczona do Organizatora Stażu w terminie 5 dni kalendarzowych od dnia zakończenia miesiąca.** | | | | | |

**Oświadczenia Pracodawcy:**Oświadczam, że liczba wszystkich stażystów w przedsiębiorstwie nie jest większa od liczby pracowników zatrudnionych na umowę o pracę w przeliczeniu na pełen etat.

……………………………………………………………………..

Podpis Pracodawcy

**Oświadczenie opiekuna stażysty:**

Oświadczam, że nie jestem opiekunem więcej niż 3 Stażystów.

……………………………………………………………………..

Podpis Opiekuna stażysty