|  |
| --- |
| **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