



.....
(pieczęć Organizatora stażu)

LISTA OBECNOŚCI

Dotyczy umowy nr..... z dnia.....

2019r.	.....	.....	.....	.....	.....
miesiąc.....	.....	.....	.....	.....	.....
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					

Symbol:

W - dzień wolny przysługujący stażystę (dwa dni za każde 30 dni kalendarzowych odbywania stażu) wniosek należy załączyć do listy obecności.
C - zwolnienie lekarskie stażysty.

.....
(czytelny podpis Organizatora stażu bądź opiekuna osoby bezrobotnej)

