



LISTA OBECNOŚCI

Imię i nazwisko.....

Miesiąc/rok.....

L.p.	Podpis osoby odbywającej staż
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 – dzień wolny (pracodawca jest zobowiązany do udzielenia uczestnikowi stażu dni wolnych w wymiarze 2 dni za każde 30 dni kalendarzowych odbywania stażu).

L4 – zwolnienie lekarskie

Podpis i pieczęć Pracodawcy

Proszę o dostarczenie do Powiatowego Urzędu Pracy w Świętochłowicach
do 5-go dnia każdego miesiąca.