**LISTA OBECNOŚCI OSOBY ODBYWAJĄCEJ STAŻ**

**Za miesiąc** ……………..……**20**….. **r. Numer umowy**……………………

**Imię i nazwisko osoby odbywającej staż** ………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Godzina rozpoczęcia stażu** | **Podpis stażysty** | **Godzina zakończenia stażu** | **Podpis stażysty** | **Liczba**  **godzin**  **stażu** |
| **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.** |  |  |  |  |  |

**LEGENDA DO LISTY OBECNOŚCI:**

**UW** – Osoba bezrobotna nabywa prawo do   
2 dni wolnych sukcesywnie po upływie kolejnych 30 dni kalendarzowych odbywania stażu

**CH** – zwolnienie lekarskie (nieobecność z tytułu choroby poświadczona zaświadczeniem lekarskim (e-ZLA) lub potwierdzona w PUE ZUS przebywaniem na kwarantannie/izolacji)

**P** - nieobecność z powodu dnia wolnego od pracy całego zakładu ( należy dołączyć pisemne potwierdzenie w postaci np. zarządzenia)

**NU** - nieobecność usprawiedliwiona

**NN** - nieobecność nieusprawiedliwiona

**Urlop bezpłatny, urlop na żądanie, urlop okolicznościowy, opieka nad dzieckiem lub członkiem rodziny osobie odbywającej staż nie przysługuje.**

**LISTA OBECNOŚCI MUSI BYĆ PROWADZONA NA BIEŻĄCO!**

Czas pracy bezrobotnego odbywającego staż **nie może przekroczyć 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo,** a bezrobotnego będącego osobą niepełnosprawna zaliczoną do znacznego umiarkowanego stopnia niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo. Czas realizacji programu stażu przez bezrobotnego odbywającego **staż nie może być krótszy niż 20 godzin** w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy.

………………………………………………

Pieczęć i podpis pracodawcy