……………………………… Nr ewidencyjny w PUP:   
(pieczątka organizatora stażu)

**LISTA OBECNOŚCI OSOBY ODBYWAJĄCEJ STAŻ**

Nazwa organizatora stażu: ……..…………………………………………………………………………………………………….

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

Imię i nazwisko opiekuna stażysty: ………………………………………………………………………………………………….

Miesiąc ………………. Rok ……………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzień m-ca | Godz. przyj. | Podpis stażysty | Godz. wyj. | Podpis stażysty | Dzień m-ca | Godz. przyj. | Podpis stażysty | Godz. wyj. | Podpis stażysty |
| 1. |  |  |  |  | 17. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  | 18. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  | 19. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  | 20. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  | 21. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  | 22. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  | 23. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  | 24. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  | 25. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  | 26. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  | 27. |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  | 28. |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  | 29. |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  | 30. |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  | 31. |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  | | | | |

**UWAGA: Czas pracy bezrobotnego odbywającego staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a bezrobotnego będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo** (Rozporządzenie MPiPS z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych - Dz.U. Nr 142, poz. 1160).

…………………………………………………………………………  
(Czytelny podpis i imienna pieczątka opiekuna stażu   
lub osoby upoważnionej)

|  |
| --- |
| **UWAGI** |
| **Oznaczenia na liście obecności:**  **W – dzień wolny udzielony na pisemny wniosek bezrobotnego** (wniosek o dzień wolny należy dołączyć do listy obecności); **proszę nie podpisywać się w tym dniu/dniach.**  *Organizator zobowiązany jest do udzielenia na wniosek bezrobotnego odbywającego staż dni wolnych* ***w wymiarze 2 dni za każde 30 dni kalendarzowych odbywania stażu****. Za ostatni miesiąc odbywania stażu Organizator jest zobowiązany udzielić dni wolnych przed upływem zakończenia stażu. Wybranie dnia/i wolnego/nich* ***przed jego nabyciem****, spowoduje usprawiedliwioną nieobecność na stażu, za którą* ***nie przysługuje stypendium****.*  **C –** **choroba lub opieka** (udokumentowana zwolnieniem lekarskim na druku ZUS ZLA); **proszę nie podpisywać się w tym dniu/dniach.**  **N** – nieobecność nieusprawiedliwiona  **Dzień wolny od pracy** np. sobota, niedziela, święto, itp. **proszę wykreślić z listy obecności lub zostawić puste pola.**  **Lista obecności powinna być prowadzona na bieżąco.**  W przypadku konieczności dokonania zmiany na liście należy przekreślić błędny wpis i po dokonaniu poprawy potwierdzić ją podpisem i pieczątką **(prosimy nie używać korektora).**  **UWAGA!**  **Nieprawidłowo wypełniona lub niekompletna lista obecności, nie poprawiona i nie dostarczona  w odpowiednim terminie spowoduje wstrzymanie wypłaty stypendium za dany miesiąc!** |