……………………………… 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. przyjścia** | **Podpis stażysty** | **Godz. wyjścia** | **Podpis stażysty** | **UWAGI** |
| 1. |  |  |  |  | **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.*  **C –** **choroba lub opieka** (udokumentowana zwolnieniem lekarskim na druku ZUS ZLA); **proszę nie podpisywać się w tym dniu/dniach.**  **Kwarantanna lub izolacja** (udokumentowana decyzją/zaświadczeniem z Powiatowej Stacji Sanitarno Epidemiologicznej lub informacją  z ZUS PUE) **– na liście obecności proszę pozostawić puste pole.**  **N** – nieobecność nieusprawiedliwiona  **Dzień wolny od pracy** np. sobota, niedziela, święto, itp. **proszę wykreślić z listy obecności lub zostawić puste pole.**  **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).**  **Dni wolne** w tym weekendy/ święta – pozostawiamy puste pola lub wykreślamy  **UWAGA!**  **Nieprawidłowo wypełniona lub niekompletna lista obecności, nie poprawiona i nie dostarczona w odpowiednim terminie spowoduje wstrzymanie stypendium stażowego za dany miesiąc!** |
| 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. |  |  |  |  |

**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)