



LISTA OBECNOŚCI

.....
(pieczęć Pracodawcy)

..... (miesiąc, rok*) (imię i nazwisko 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	

Prosimy o stosowanie niżej wymienionych oznaczeń:

CH – choroba pracownika **UW** – dzień wolny **D** – delegacja **NN** – nieobecność nieusprawiedliwiona
NU – nieobecność usprawiedliwiona (obowiązek stawiennictwa przed sądem lub organem administracji publicznej)

*) niedziele, święta i inne dni wolne od pracy należy wykreślić

.....
podpis kierownika komórki organizacyjnej

.....
pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

UWAGA : Warunkiem terminowego wypłacenia stypendium będzie przedłożenie przez Pracodawcę listy obecności w terminie 5 dni po zakończeniu każdego miesiąca wraz z zatwierdzonymi wnioskami o udzielenie dni wolnych.